

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

AMANDA OLIVEIRA DE BRITO

MODELOS DE PARTO NO DISTRITO FEDERAL:
perspectivas das mulheres e dos profissionais de saúde

BRASÍLIA
2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MODELOS DE PARTO NO DISTRITO FEDERAL:
perspectivas das mulheres e dos profissionais de saúde

Aluna: Amanda Oliveira de Brito

Orientadora: Profa. Dra. Rosamaria Carneiro

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília – FCE, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva, aprovada pela Banca composta pelas seguintes professoras:

Dra. Rosamaria Carneiro (orientadora - UnB)

Dra. Érica Quinágua (UnB)

Dra. Sílvia Guimarães (UnB)

BRASÍLIA

2013

Agradecimentos

A Deus, a minha maior gratidão, pela vida e pela graça de concluir mais uma etapa nesta caminhada. Em todo tempo estiveste ao meu lado e, por vezes, me carregaste no colo. Tu és minha força, meu porto seguro, meu amigo fiel. Obrigada por demonstrares Teu amor e Tua fidelidade a mim até mesmo por meio das pessoas especiais que colocastes em meu caminho.

Aos meus pais, Brito e Shirley, pelo aprendizado para vida, amor e paciência, por estarem ao meu lado e acreditarem em mim. Vocês são meus exemplos de força, coragem e fé. Tudo que sou e todas as conquistas mais do que por esforço meu foi por esforço de vocês, pela dedicação e por cuidarem tão bem de mim.

À minha irmã e amiga, Fernanda, que é meu ombro amigo, meu colo e meu melhor sorriso. Obrigada pela nossa união tão linda e amor incondicional. E ao meu irmão, Danillo, por esse coração grande e por sempre estar disposto a ajudar. Meus irmãos, vocês são meus anjos.

Ao meu amado namorado Antonio, por estar sempre junto a mim, me ouvir e acalmar nos momentos difíceis. É maravilhoso compartilhar minha vida com você, que é presente de Deus para mim. Você me traz paz, me faz bem, feliz e, melhor ainda, faz me sentir amada.

Aos meus familiares pelo carinho e incentivo, em especial, à minha vovó Luiza e à minha prima Nathália, minha irmã do coração, pelas conversas e por sempre me arrancar um sorriso. Aos amigos que a vida me deu por participarem de momentos importantes e por todo apoio.

Às minhas companheiras da jornada universitária, que Deus se encarregou de aproximar-nos, e fazer-nos amigas pelos momentos compartilhados: Évelin, Flávia, Priscila e Samira. À Samira agradeço especialmente por quatro anos de uma amizade linda, aprendizado, abraços, sorrisos, lágrimas, confidências, caronas e sonhos divididos; por ter sido meu porto seguro. “Você pra mim é mais que uma irmã, aliança de fé, amizade que é fruto dos sonhos de Deus”.

Às mulheres e profissionais de saúde, que colaboraram com esta pesquisa, pelo tempo cedido e experiências e representações compartilhadas sobre os modelos de parto do Distrito Federal.

Em especial, à minha orientadora Rosamaria Carneiro, por partilhar seu conhecimento, por acompanhar e vibrar comigo a cada avanço na pesquisa, por me animar e me socorrer quando ocorria alguma dificuldade e a pesquisa parecia não fluir e, enfim, por este trabalho que, juntas, construímos. Mas não somente pelas orientações, agradeço principalmente pelo acolhimento, dedicação, apoio e paciência, inclusive com a minha vida pessoal.

Resumo

O parto, ao mesmo tempo em que é um evento individual e familiar, também é um evento social, moldado pelos costumes e valores de uma determinada época e local. Várias transformações ao longo da história do Brasil contribuíram para que o ato de parir, um processo não meramente fisiológico, mas espiritualizado e enriquecido por práticas informais de cura, assistido por parteiras no domicílio que utilizavam apenas as mãos para manobras e diagnóstico, se tornasse, hoje, um processo patológico, hospitalizado e passível de uma série de intervenções e, também, para que a cesárea fosse considerada padrão de nascimento. Cresce uma preocupação social perante esse fenômeno da medicalização do parto, onde estudos indicam ser mais prejudicial do que benéfico à saúde materna e neonatal, e um movimento em prol da humanização da assistência ao parto e nascimento. As mulheres e profissionais de saúde são atores fundamentais na escolha do modelo de parto; por isso, buscou-se, por meio das representações sociais desses sujeitos, estudar quais os sentidos atribuídos aos modelos de parto do Distrito Federal e problematizar os fatores que influenciam a escolha por um determinado modelo. De igual modo, procurou-se verificar o binômio expectativa/satisfação da mulher e perspectivas acerca da humanização. Compreender tais questões é importante para entender a situação atual e pensar em estratégias interessantes para o enfrentamento tanto das altíssimas taxas de cesáreas como do uso rotineiro de procedimentos interventivos e, assim, refletir sobre o papel das políticas públicas nessa área.

Palavras-chave: Modelos de parto; Medicalização; Representações sociais; Satisfação; Humanização.

Abstract

While parturition is an individual and familiar event, it's also a social event, molded within habits and costumes of certain time and place. Several transformations throughout Brazil history contributed to the action of giving birth, a process not only physiologic, but spiritualized and enriched by informal healing practices. In the beginning it was made by midwives at home, who resorted only to their hands to maneuver and diagnosis, and now this process became a pathological process, hospitalized and subject to a number of interventions. It also makes the cesarean section considered standard birth. A social concern grows towards the phenomenon of medicalization of childbirth in which studies indicates to be more harmful than beneficial to maternal and newborn health, and a motion towards humanization of assistance to labor and birth. Women and health professionals are key actors on parturition choice. That's why, through social representations of these subjects, it's been studied the meanings attributed to the models of parturition of Distrito Federal and discuss which factors influence the choice for a particular model. By the same way, we have studied the binomial expectation / satisfaction of women and perspectives on humanization. To perceive those issues is important to understand the present situation and to think about interesting strategies to face both the elevated cesareans rates and the uneventful use of interventional procedures thus to think about the role of public policy in this area.

Keywords: Models of parturition; Medicalization; Social representations; Satisfaction; Humanization.

Sumário

Introdução	6
Capítulo I - Uma breve história da assistência ao parto no Brasil	10
Da cesárea como regra de atenção	17
Capítulo II – Nas tramas dos modelos de parto: perspectivas de mulheres e profissionais de saúde do DF	21
Da metodologia.....	21
Tipos de parto: modelos.....	25
Experiências/Expectativas de parto: mulheres, cesárea e parto normal/natural.....	27
Do outro lado da cidade, uma outra experiência: Parto das Mulheres SUS - dependentes	39
O que os profissionais de saúde têm a dizer... Dos dois lados da cidade.....	52
Capítulo III – Satisfação com os modelos e práticas de cuidado.....	62
Que parto eu quero e por quê?	62
A dor e o medo: influenciado expectativas e a satisfação.....	64
Hospital: inseguro e desumano	67
Eu quero e posso x Eu quero e não posso	71
Informação: a chave para a autonomia	74
Você sabe o que é parto humanizado é?.....	75
Considerações Finais	80
Referências Bibliográficas	86
Anexo I	89
Anexo II	91

Introdução

A saúde materna e infantil alcançou, nas últimas décadas, avanços importantes que contribuíram para sua melhoria, devido ao desenvolvimento socioeconômico, à urbanização do país, às transformações dos determinantes sociais das doenças e da organização do sistema e dos serviços de saúde, bem como em razão do advento tecnológico e da implementação de políticas e de programas com foco na saúde da criança e da mulher.

Contudo, tais avanços vieram acompanhados de excessiva medicalização. Para que se possa ter uma ideia, atualmente, na assistência obstétrica, grande parte dos nascimentos ocorre por meio de cesarianas e cada vez mais são incorporadas tecnologias de diagnóstico e de intervenções médicas e farmacológicas (enema¹, tricotomia², episiotomia³, ocitocina⁴, amniotomia⁵, anestesia⁶) durante o trabalho de parto e o parto. Segundo Castro e Clapis (2005, p.961), muitas dessas técnicas cirúrgicas e intervenções são realizadas sem real necessidade, causando riscos para a saúde da mãe e do bebê.

Esse cenário, conforme Dias e Deslandes (2006, p.2648), contribui para a “desumanização” do parto, tornando-o uma vivência pouco prazerosa e acolhedora, na qual há cada vez menos participação ativa da mulher. Desse modo, a cesárea que, antes, era um procedimento realizado somente em mulheres mortas e para salvar a vida do feto, passou a ser comum e realizada sem justificativas obstétricas consistentes. E, muitas vezes, não traz benefícios maiores que o parto normal. Pelo contrário, pode-se observar um aumento tanto de complicações obstétricas como de maiores riscos de morbimortalidade materna e neonatal, prematuridade, infecção puerperal, hemorragias e permanência hospitalar após o parto, entre outras (Rattner et al., 2012, p.375).

A prática excessiva da cesariana parece estar associada ao modelo de atenção ao parto e nascimento predominante, “hospitalocêntrico” e medicalizado. No Brasil, a proporção de cesarianas apresenta-se, desde a década de 1980, bem acima dos parâmetros propostos e traçados pela Organização Mundial da Saúde – OMS, em 1985, qual seja entre 5% e 15% ao ano. Posto que, em 2010, dados do Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos

¹Método de esvaziamento intestinal por meio da lavagem intestinal com intuito de evitar a evacuação da mulher durante o trabalho de parto e parto.

²Raspagem dos pelos pubianos.

³Corte cirúrgico feito na região entre a vagina e o ânus para facilitar a passagem da cabeça do bebê.

⁴Hormônio sintético que estimula contrações uterinas e, assim, induz e/ou acelera o trabalho de parto.

⁵Rompimento artificial do saco amniótico (bolsa).

⁶Medicamento utilizado para o alívio da dor.

(Sinasc) mostraram que as cesarianas alcançaram taxas nacionais de 52% (Rattner et al., 2012, p.385).

Nos últimos anos, tem se falado muito sobre a humanização dos serviços e das ações de saúde e, especificamente no caso do parto e do nascimento. Algumas iniciativas (Prêmio Galba Araújo para Maternidades Humanizadas, proposição das Casas de Parto, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN, a lei do acompanhante – Lei 11.108/2005, a Rede Cegonha) já foram implementadas para qualificar a atenção ao parto e reduzir as cesarianas e as intervenções médicas desnecessárias e vem crescendo um movimento social na busca pela humanização do parto. Segundo a médica feminista Simone Diniz:

A humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos. [E] as propostas de humanização do parto, no SUS como no setor privado, têm o mérito de criar novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal (Diniz, 2005, p.632; 635).

O parto é uma construção sociocultural, sendo, portanto, importante compreender a subjetividade de todos os atores envolvidos nesse processo. As mulheres e os profissionais de saúde são atores fundamentais na tomada de decisão pelo tipo de parto e, para se obter um parto humanizado, ambos devem compartilhar uma concepção similar acerca da humanização e estarem dispostos a resgatar uma forma “mais natural” de nascimento a fim de compreender seus direitos e deveres no processo de parturição.

Mas apesar de seu papel fundamental no processo de parturição, muitas vezes, as gestantes não vêm desempenhando autonomia na escolha pela via de nascimento, ficando essa decisão a cargo dos profissionais de saúde, e nem as suas expectativas e satisfação no cuidado são considerados. Na verdade, essas mulheres deveriam ser informadas sobre o tipo de assistência que deve ser prestada, os benefícios e desvantagens envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto e nascimento, sobre as políticas de humanização do parto e de seus direitos sexuais e reprodutivos para poderem exercer sua participação no processo decisório (Oliveira et al., 2002, p.671-672).

Em um país, em que a taxa de utilizações de tecnologias e intervenções no parto é tão alta e parece haver uma cultura da cesariana, é de se supor que os aspectos clínicos são considerados mais importantes do que a relação estabelecida entre a mulher e o profissional

de saúde; do que a escuta das necessidades da mulher, suas preocupações e anseios; do que o fortalecimento do papel da mulher como protagonista frente ao momento do parto, através da troca de informações necessárias para exercer a sua autonomia; e, ainda mais, do que as suas percepções sobre o significado desse momento marcante em sua vida e suas expectativas.

Pouco se sabe sobre a preferência pela via de parto e as expectativas das mulheres gestantes, bem como se as parturientes se encontram satisfeitas com o tipo de parto realizado. Partindo dessa premissa e de que, no Distrito Federal, a taxa de cesarianas é superior à metade dos partos (vaginal e cesárea) (Rattner et al., 2012, p.385), esta pesquisa propõe uma investigação de campo, que objetiva compreender e problematizar os atores e os fatores sociais que têm influenciado as escolhas dos tipos de parto no Distrito Federal. Para tanto, considerará a perspectiva de pessoas envolvidas no processo de parturição e que vivenciam-no de maneira distinta, a saber: as mulheres em regime de pré e pós-parto e profissionais de saúde.

De igual modo, mediante entrevistas, procurar-se-á estudar quais os sentidos atribuídos ao parto normal e à cesárea pelas mulheres e profissionais de saúde e, dessa maneira, proporcionar perspectivas e visões sociais sobre os modelos de assistência ao parto e sobre o ideário de humanização. Para então, por fim, verificar o binômio expectativa/satisfação da mulher e se essa possui autonomia no processo. Compreender tais questões parece-me fundamental para propor respostas eficazes ao enfrentamento da situação das altíssimas taxas de cesáreas e, assim, refletir sobre o papel das políticas públicas nessa área.

Portanto, a pertinência do tema e do objeto da pesquisa se deve justamente a crescente preocupação social perante o processo de medicalização do parto e de sua hospitalização, com altas taxas de cesáreas e aumento significativo de tecnologias médicas e de intervenções farmacológicas na assistência ao parto. Preocupação essa, sustentada pelo fato de que muitas das intervenções médicas e farmacológicas realizadas seriam desnecessárias e o seu excesso seria prejudicial à saúde da mãe e do bebê, para além de trazer custos adicionais ao sistema de saúde.

Ressalto, por último, que poucos são os estudos realizados na área da saúde que buscam compreender o problema/fenômeno por intermédio dos sujeitos e suas representações sociais, haja vista a maioria dos trabalhos concentrarem-se na distribuição da frequência e da prevalência das doenças (Canzonieri, 2010, p.39). Ou então, quando em relação ao parto, têm enfoque apenas no parto natural e não nas razões e nas percepções sociais de ambos os modelos: natural e cesariana.

Diante disso, para cumprir tais objetivos, este trabalho encontra-se organizado da seguinte forma:

Capítulo 1 – “Uma breve história da assistência ao parto no Brasil”. Nestas páginas, discorrerei sobre as principais transformações históricas na assistência ao parto na sociedade brasileira, com o objetivo de chegar ao momento atual, no qual a cesárea é considerada regra ou padrão de nascimento;

Capítulo 2 – “Nas tramas dos modelos de parto: perspectivas de mulheres e profissionais de saúde do DF”. O capítulo será dedicado à apresentação do resultado da pesquisa empírica e às possibilidades interpretativas quanto à representação de parto, corpo e prática do cuidado, expectativas/satisfação dos modelos de atenção tanto por parte das mulheres quanto dos profissionais de saúde, priorizando ambos os lados da questão;

Capítulo 3 – “Satisfação com os modelos e práticas de cuidado”. Nesta oportunidade será realizada uma discussão teórica sobre o material de campo, a partir de pesquisas prévias sobre satisfação;

Considerações Finais. Encaminhar-se-á neste ponto algumas das principais ilações decorrentes da pesquisa.

Capítulo I: Uma breve história da assistência ao parto no Brasil

Segundo Gil (1998, p.393), o parto é um evento social e cultural, vivido num contexto determinado de costumes. Em sua leitura, a forma da mulher dar à luz oscila através do tempo e da cultura e em consonância com o desenvolvimento tecnológico, com os movimentos ideológicos e com os sistemas de valores. Partindo dessa perspectiva, do parto ser um evento a um só tempo biológico e simbólico, individual e social, nessa oportunidade recuperaremos as principais transformações históricas na assistência ao parto no Brasil, chegando ao momento atual, no qual a cesárea é considerada regra ou padrão de nascimento.

No Brasil, de acordo com Santos et al. (2011, p.226), o parto, até o século XIX, ocorria no domicílio, conduzido exclusivamente por mulheres, - as parteiras, curandeiras ou comadres – que embora não dominassem o saber científico, eram respeitadas pela experiência que tinham no “ofício de partejar”. Estas zelavam pelo bem-estar da mãe e da criança, davam consultas sobre vários temas como cuidados com o corpo e doenças venéreas, tinham o conhecimento sobre manobras externas para facilitar o parto, promoviam conforto à parturiente durante o trabalho de parto, encorajando-as com palavras agradáveis e oferecendo-lhe alimentos e bebidas.

Nesse período, a Igreja exercia forte influência sobre os valores da época e os comportamentos femininos. Araújo (2010, p.46) relata que, a mulher era vista como inferior e passível de ser dominada pelo homem – um fardo herdado da sentença dada à Eva, a primeira mulher, por ter comido do fruto proibido após ser enganada por uma serpente, levando Adão também a comer; fato que institui o pecado no mundo e tirou a possibilidade de viver no Paraíso (Bíblia Sagrada). O corpo da mulher era visto como um cenário obscuro e de difícil conhecimento, que tinha como finalidade a reprodução. E a doença era considerada castigo divino pelos pecados cometidos, sinal demoníaco ou feitiço diabólico, por isso, a repressão da Igreja sobre qualquer método para alívio da dor (Araújo, 2010, p.46; Del Priori, 2010, p.78).

Tal pensamento contribuiu com que a sexualidade da mulher fosse muito controlada. Não podia sair do lar sem autorização, era criada para ser submissa a seu pai, depois a seu marido, sua educação era orientada aos afazeres domésticos, restringindo-se a ler, escrever, contar, cozinhar e bordar. A mulher estava enclausurada, não tinha praticamente uma vida social e devia está pronta para o casamento e para a maternidade, pontos máximo de sua vida e razão de sua existência. Torna-se mãe, de certa forma, afastava-a da marca de pecadora de Eva e

aproximava-a de Maria, a mulher que pariu virgem a Jesus, o Salvador do mundo (Araújo, 2010, p.49-52).

De igual modo, a medicina foi influenciada por este imaginário: a doença como algo sobrenatural e sua certa relação com os pecados cometidos pelo doente. Era comum a recorrência a práticas informais de cura, como fórmulas gestuais e orais ancestrais; a utilização de plantas, minerais e animais para a fabricação de remédios; servir-se de saberes africanos baseados no emprego de talismãs, amuletos e fetiches; e cerimônias de cura indígenas, fundadas na intimidade com a flora medicinal brasileira. Costumes advindos de portugueses, escravos ou indígenas que se combinavam e preenchiam as lacunas que a medicina deixava pela falta de recursos e de conhecimentos, ou por não compreender a grandeza simbólica envolvida nesse processo (Del Priori, 2010, p.79, 88-89).

Segundo Del Priori (2010, p.88), o exercício da medicina no Brasil colonial estava entregue aos leigos e baseado em conhecimentos popularizados. Alguns locais eram considerados milagrosos e restituíam a saúde dos pecadores arrependidos, certas pessoas ou coisas possuíam poderes sobrenaturais em relação ao uso dos corpos, e palavras mágicas curavam doenças.

Essas práticas informais de cura também estavam presentes na assistência ao parto. A parturiente era dependente de crenças populares, superstições, gestos e objetos simbólicos, orações. A própria Igreja, apesar de perseguir a terapêutica mágica, estimulava esse imaginário com a fabricação de imagens da Virgem Maria e cultos a Nossa Senhora do Ô, Nossa Senhora do Bom Parto, entre outros, buscando conferir a cura às divindades. Del Priori relata que:

Momentos complicados tornavam-se ideais para práticas supersticiosas e mágicas, bem como devocionais: a parteira recitava ou lia orações a Nossa Senhora do Bom Parto, lançava ao pescoço da parturiente bentinhos com orações para apressar a expulsão, jaculatórias, ladainhas eram ‘cantadas’, retalhos bentos e cordões de santos eram passados sobre o ventre; tudo, enfim, que colaborasse para ‘lançar fora’ filhos vivos ou mortos era bem-aceito pela parturiente e bem usado pela parteira (Del Priori, 1993, p.266).

A mesma autora descreve que na sociedade colonial a mulher era considerada facilmente enfeitiçada, seu corpo possuía poderes e podia abrigar e parir coisas bizarras e/ou fantásticas como monstros e bichos - eram verdadeiras “agentes de satã”. E segundo a Igreja, ela deveria parir com dor para se redimir dos pecados (Del Priori, 2010, p.108-112). Era o medo e a

insegurança do parto que faziam a mulher recorrer a vários tipos de meios para tentar se proteger das dificuldades desse momento (Del Priori, 1993, p.254).

Numa época, em que a ciência ainda não conhecia por completo anatomicamente o corpo da mulher e nem havia desenvolvido medicamentos para alívio da dor, como a anestesia, alternativas eram pensadas para diminuir o sofrimento da parturiente. A maioria dos recursos baseava-se na utilização de plantas medicinais, tópicos animais, vegetais ou minerais e superstições populares. Leite de cadela do primeiro parto, bebido, fazia lançar a criança; semente de mostarda botada no fogo, com a qual se fazia um defumadouro aplicado “por baixo” também expulsava o feto; amarrar a “pedra quadrada ou candor” na perna esquerda, por meio do joelho, fazia a mulher parir com muita quietação – são alguns dos conselhos citados por Del Priori (1993, p.272) dos quais a medicina popular se apoderava.

A Igreja tentava espiritualizar esse momento e também prescrevia panaceias para a salvação da mulher, perpassavam a ideia de que um parto sem dor era um parto sem pecados e que a devoção a ajudaria a enfrentar as dificuldades do parto. Santa Margarida é um dos exemplos, soprar uma garrafa e exclamar à protetora das parturientes: “Minha Santa Margarida, não estou nem prenhe nem parida”, era um mecanismo de expulsão e para um trabalho de parto sem perigos; e a Nossa Senhora, mãe do Salvador, era um modelo de parto sem dor (Del Priori, 1993, p.273-278). Portar saquinhos ao pescoço com orações, bentinhas, relíquias e cordões também eram hábitos incentivados pela Igreja que rapidamente foram incorporados pelas mulheres em vez das técnicas dos cirurgiões. Além disso, a intenção da Igreja era normatizar o comportamento das mulheres, introduzir os costumes europeus em torno da família, seu papel de ser mãe, de possuir valores cristãos e de ser responsável pelos ensinamentos desses aos seus filhos (Del Priori, 1993, p.277).

Como já mencionado, o corpo da mulher só tinha como finalidade a procriação, portanto, todos os conhecimentos médicos estavam ligados a essa temática. E ainda, eram poucos e alguns duvidosos, relatos indicam que os médicos utilizavam técnicas durante o trabalho de parto que acabavam por culminar na morte das mulheres. O remédio da sangria⁷, visto como um instrumento de higiene interna ou antídoto para vários males que assolavam as mulheres - era utilizado durante o trabalho de parto para se prevenir a febre e a perda de sangue que poderia ocorrer no processo de parir. Em casos de hemorragias uterinas, a aplicação do

⁷A retirada de uma quantidade de sangue, com finalidade de aliviar alguns sinais e sintomas, denomina-se sangria ou flebotomia terapêutica.

remédio da sangria levava a um excesso de sangramentos que esgotava todas as forças da parturiente e isso, muitas vezes, resultava em sua morte. Del Priori destaca que, os diagnósticos das hemorragias eram atribuídos a pecados ou a uma distocia⁸ da anatomia feminina, não se imaginava ainda que poderia ocorrer uma ruptura do cordão umbilical ou uma má alocação da placenta, por exemplo. (Del Priori, 2010, p.98, 99).

Encarando a gravidez como doença, uma série de recomendações era dada pelos médicos para que tivessem um parto saudável e um bebê sem anomalias, como cuidados com o corpo e a alimentação, evitar maus ares e fedores, repousar, também indicavam as melhores posições para o momento do parto. Aliás, as posições do parto eram bem diferentes das de atualmente, as mulheres davam à luz da maneira que sentiam confortáveis ou menos dor, em pé, sentadas, agachadas e, com menos frequência, na posição horizontal (Del Priori, 1993, p.256-262).

Para os médicos, o corpo feminino, desconhecido e difícil de ser apreendido, causava medo, desconfiança; eles mostravam não ter uma formação escolar suficiente e não possuíam uma cultura humanística. Já as curandeiras e benzedeiras lidavam com isso de forma natural e íntima, inclusive com o nascimento, motivo pelo qual essas mulheres sofreram perseguições pela Igreja e pela medicina (Del Priori, 2010, p.88, 108). Havia toda uma magia e inúmeras superstições relacionadas à madre e ao corpo feminino presentes no processo saber-curar da época, que aproximava mulheres de diferentes etnias e classes sociais (Del Priori, 1993, p.255).

Assim, a gravidez e o parto eram enriquecidos por saberes e práticas femininas, por crenças populares e por devoções religiosas visando a proteção da mãe e do bebê. A parteira era quem conhecia melhor as nuances envolvidas no parto, auxiliavam as mães com cuidados físicos e psicológicos, conheciam as plantas que serviam como recurso terapêutico, e utilizavam de gestos e palavras mágicas quando complicações - por isso, detinha a confiança das mulheres. Os varões só apareciam em cena em casos de complicações ou dificuldades no parto e, mesmo assim, só nos centros urbanos, e suas intervenções associadas a instrumentos (fórceps, agulhas, tesouras) geralmente eram ineficazes; aos médicos cabia historicizar esse momento (Del Priori, 1993, p.263 – 265).

O atendimento ao parto era da autoridade feminina, quer por entenderem mais sobre esses assuntos pela própria experiência e por se preocupar com a proteção da saúde da parturiente e do filho, quer por ser esta uma atividade considerada desvalorizada - aquém da dignidade do

⁸ Disfunção ou uma anomalia que dificulta o trabalho de parto e parto; parto difícil.

médico, fazendo com que o seu interesse em assistir o parto fosse raro (Diniz, 19896, p.80). Não havia também muitos médicos na época e as mulheres demonstravam certo pudor em mostrar seus genitais aos homens e temor por relatos que os revelavam insensíveis à dor das parturientes (Del Priori, 1993, p.26).

Entretanto, a partir do século XVIII, este cenário modificou-se primeiro, em países da Europa e estendeu-se ao Brasil. Houve uma repressão às parteiras e o próprio ato do cuidado com o parir foi transformado. O homem desejava conhecer o corpo da mulher e os seus mecanismos, reconhecia o parto como um momento de fragilidade e de perigo em que era necessária a presença de um médico e a sua observação em um hospital. A obstetrícia foi aceita como uma disciplina científica, capaz de ser dominada e que deveria ser deixada nas mãos dos homens, por ser a mulher intelectualmente inferior e vítima de sua natureza (Diniz, 1996, p.114).

Em 1808, com a vinda da Corte Portuguesa ao Brasil, surgiu um novo interesse da metrópole pelas cidades brasileiras, o que desencadeou no início do processo de modernização das cidades. Nesse processo de modificações, foi implantada a política higienista, baseada em ideias de salubridade e de saneamento dada pela “medicina social”, discutida por Foucault. A “medicina social” tinha por objetivo normatizar a sociedade brasileira ao ditar condutas de uma vida saudável (Carneiro, 2011, p.26). Segundo Carneiro (2011, p.27), os costumes deveriam ser moderados para se ordenar as cidades; o corpo deveria ser cuidado em prol da reurbanização; os médicos tornaram-se os confessores das famílias e, principalmente, das mulheres, às quais cabia o cuidado e a boa educação de seus filhos. E assim, a saúde tornava-se uma questão política.

Sob esse discurso médico, foram implantadas as primeiras escolas de medicina e cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro, respectivamente. A assistência ao parto não escapou dessa tradição higienista e foi incorporada na medicina como uma de suas competências – a Arte Obstétrica. Os estudos relacionados ao parto se centraram no enfoque biológico, influenciados pelo discurso anátomo-patológico, onde a pélvis feminina foi detalhada. Foi desenvolvido um grande número de instrumentos cirúrgicos e a figura masculina foi ganhando terreno nessa arte (Brenes, 1991, p.135).

A obstetrícia médica enfrentou grande resistência por parte das parturientes, principalmente por seus resultados que apontavam um aumento da mortalidade das mulheres e das crianças decorrentes da utilização de instrumentos de “arranchamento” (fórceps, ganchos, tesouras de degola e de desmembramento, etc.), da cesárea e da febre puerperal. Na interpretação das

mulheres, a febre puerperal era causada pelo ambiente de infecção das enfermarias dos hospitais (Diniz, 1996, p.129). Essa resistência perdurou durante anos, as mulheres continuavam dando à luz em casa e preferindo os cuidados das parteiras, o que dificultou o ensino prático, que era prejudicado também pelas instalações precárias das clínicas e do déficit de aparelhos. Por isso, Diniz (1996, p.155) usa o termo “enfermarias vazias”, referindo-se a ausência das mulheres nos serviços obstétricos.

No Rio de Janeiro, as reformas no ensino teórico e nas instalações das clínicas ocorreram mais rapidamente. Já na Bahia essas condições só vieram a ser resolvidas em 1910, com a inauguração da Maternidade anexa à Faculdade de Medicina. Após a iniciativa dos professores solicitarem verbas ao Governo Federal para sua construção e, quando estas se mostraram insuficientes, um professor, Climério de Oliveira, lançou uma campanha na cidade para mobilizar mais recursos à construção (Brenes, 1991, p.144).

O desafio era, então, preencher as enfermarias vazias, ou seja, atrair as mulheres para o hospital e oferecer o ensino prático da obstetrícia aos médicos e estudantes. Entre os meios utilizados para convencê-las, os médicos se dirigiam a elas, buscando conhecer e responder as suas necessidades e usavam o discurso que a definia um novo papel na sociedade no lar e na família - uma mulher mais livre do que a mulher do poder patriarcal. Surgiram, assim, no século XIX, novos estereótipos femininos, de uma mulher frágil e delicada. (Brenes, 1991, p.145).

Já o papel do médico seria o de orientar essa mulher, prestar assistência à patologia, à dor no ato de parir, decorrente da condenação dada à Eva no Paraíso, citada em Gênesis 3,16: “Multiplicarei grandemente o seu sofrimento na gravidez; com sofrimento você dará à luz filhos. Seu desejo será para o seu marido, e ele a dominará” (Bíblia Sagrada, Gênesis 3,16). Sob essa versão, foram desenvolvidos medicamentos para cessar a dor e para que a mulher não sentisse as contrações, nem as manobras operatórias se necessárias (Diniz, 1996, p.161).

No entanto, mesmo com a promessa de segurança do parto para mãe e criança, do alívio da dor e também da preservação dos genitais em troca do uso de suas técnicas, as mulheres resistiam e só procuravam a enfermaria em caso de necessidade, impossibilitando uma melhor observação dos mecanismos uterinos. Chegaram a recorrer ao governo para conseguir apoio para internação dessas mulheres: os médicos solicitaram a obrigação de apresentar e registrar cada criança nascida, medidas que ajudariam a ter indícios certos dos nascimentos. Dessa

maneira, achavam também que para livrar-se dessas dificuldades a mulher pobre iria preferir parir num hospital e as parteiras deixariam de atender a parturiente (Brenes, 1991, p.147).

De acordo com Carneiro (2011, p. 28-29), a resistência das parturientes levou tanto a categoria médica como a Igreja e as autoridades civis a combater às outras práticas de cura e a perseguir as parteiras. Acusaram-nas de imperícia e altas taxas de mortalidade materno-infantil, de magia e de bruxaria, e começaram a negar suas práticas para que as mulheres passassem a procurar os médicos. A Igreja estava receosa com a maneira que procediam quando assistiam os partos, ao rezarem, benzerem e sugerirem condutas espirituais; e as autoridades civis queriam regular o comportamento e a vida da população. Sobre essa luta contra práticas alternativas de cura, a autora diz que (Carneiro, 2011, p.33), “Com essa intenção a medicina adquire espaço e os hospitais transformam-se em centros de cura e também de produção da normalidade”.

Começaram a exigir cursos de formação específica e profissionalização médica para o ofício da assistência ao parto, o que excluiu antigas parteiras não alfabetizadas. E, então, foi criada a seguinte representação em torno da parteira: mulheres sujas e ignorantes que preferiam os seus bentinhas e superstições mágicas às técnicas que poderiam salvar vidas e diminuir as complicações do parto, como o bisturi e o fórceps ou às regras de assepsia e desinfecção (Carneiro, 2011, p.29). Mas, é importante ressaltar que algumas parteiras, segundo Carneiro (2011, p.30), “contribuíram para o aprofundamento dos conhecimentos dos médicos e para a conquista da confiança das gestantes, porque nos hospitais transmitiam seus saberes aos recém-doutores e funcionavam como atrativos para que as mulheres procurassem âmbito institucional”.

Essas e inúmeras medidas, além da nova visão acerca da mulher, contribuíram para a “institucionalização do parto”. E, assim, a prática das parteiras perdeu espaço para uma obstetrícia científica; a assistência ao parto passou de ofício a profissão; o lócus do parto passou do domicílio para as maternidades; os conhecimentos em relação à reprodução aprimoraram-se; o ato de parir, um fenômeno fisiológico, espiritualizado e enriquecido por práticas informais de cura, foi transformado num processo patológico e medicalizado; e a posição do parto mudou, as mulheres passaram a dar à luz deitadas para o conforto e maior visibilidade dos médicos (Santos et al., 2011, p.226; Carneiro, 2011, p.31).

O parto interpretado como uma patologia, cheio de riscos, insuportavelmente doloroso e que causa lesões genitais exige, de acordo com o modelo de assistência ao parto atual, recursos

que resolvam seus problemas, que elimine as dores e os sofrimentos presentes e preserve a integridade genital da mulher. Portanto, essa nova configuração histórica da assistência ao parto:

...definia o parto, para a mulher, como uma tortura fisiológica que deixava como seqüela um inescapável aleijão sexual e, para a criança, como um processo de esmagamento patogênico de sua cabeça pela pélvis materna. Para o manejo desse parto propunha-se que a mulher fosse hospitalizada, sedada e imobilizada, alienada da experiência, e que o médico “fizesse” o parto, retirando a criança de dentro dela por meio de recursos cirúrgicos como a episiotomia, os fórceps ou a cesárea (Diniz, 1996, p.189).

A mudança técnica mais importante na construção do parto moderno, na leitura de Diniz (1996, p. 125), foi a “cirurgificação” da assistência, ou seja, a institucionalização da mediação cirúrgica na via reprodutiva. A cesárea era quase que sinônimo de morte na época em que desenvolveu-se. Poucas eram as mulheres que sobreviviam e frequentemente o procedimento era feito contra a vontade das mesmas. Havia muita divergência sobre a sua prática, era consensual realizá-la em uma mulher morta para tentar salvar a vida do bebê, sob a preocupação religiosa de batizá-lo para que tivesse a vida eterna. Mas quando a mulher se encontrava viva havia opositores e, ainda assim, só era realizada quando alguém estava em risco ou quando parto se o tornava muito complicado (Diniz, 1996, p.137, 140).

- Da cesárea como regra de atenção ao parto

Com o aperfeiçoamento das técnicas, medicamentos e melhor conhecimento dos processos do parto, a cirurgia tornou-se mais segura e, hoje, muitas vezes é feita por opção da mulher ou do médico e sem uma justificativa plausível. Motivos que também beneficiaram o processo de medicalização e hospitalização do parto, que conforme Rattner et al. (2012, p.374), intensificou-se a partir de 1960. Desde então, a taxa de cesarianas ascendeu significativamente; houve um aumento de tecnologias médicas e de intervenções na assistência ao parto – enema, tricotomia, episiotomia, ocitocina, amniotomia, anestesia.

Rattner et al. (2012, p.384) relata que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizava, já em 1985, taxas de cesárea em no máximo 15%. Entretanto, seus estudos demonstram que o aumento das cesáreas é comum em quase todos os países do mundo. O Brasil apresenta um dos números mais elevados, com taxas, desde a década de 80, bem acima dos parâmetros da

OMS. Sendo que em 2010, dados do Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) mostram as cesarianas alcançando em 2010 taxas nacionais de 52% (Rattner et al. (2012, p.384).

Tornou-se tão comum o nascimento por cesariana e a proliferação de tecnologias médicas e intervenções durante o parto, que Diniz chega a sugerir a existência de um “modelo de prevenção do parto” (1996, p.182). Faúndes e Cecatti (1991, p.155-59) atribuem esse fenômeno a fatores sócio-culturais como o medo da dor, a crença de que o parto vaginal é mais arriscado que uma cesárea e a busca da integridade vaginal. Também à organização da assistência obstétrica (conveniência e segurança do médico). E, por fim, aos fatores institucionais e legais como a maior remuneração pela cesárea pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social até 1980, à esterilização cirúrgica realizada durante a cesárea, e ao fato da cesárea ser mais adequada à organização dos serviços e das práticas.

Salienta-se que o mito das lesões genitais dominante entre médicos e mulheres muito cooperou para o fortalecimento da cesárea no país. A conveniência e segurança dos médicos devem-se a não ter que enfrentar os obstáculos da pélvis e poder agendar seu horário de trabalho e, em casos de atendimento pelo plano de saúde ou convênio em hospital particular, a maior remuneração dada à cesárea, motivo também capaz de beneficiar o hospital em questão de rentabilidade (Diniz, 1996, p.176-178). Já a dor durante o trabalho de parto é uma das principais preocupações da gestante e motivo para que recorra à tecnologia médica para alívio do sofrimento e à cesárea como método mais rápido e indolor (Mandarino et al., 2009, p.1590; Barbosa et al., 2003, p.1616).

Não se pode negar os avanços que a tecnologia têm proporcionado na qualidade da assistência obstétrica, contudo, parecem trazer também algumas consequências importantes. Entre elas estariam: o aumento dos riscos de mortalidade neonatal e de prematuridade, por erro de cálculo da idade gestacional e que, neste último caso, exige maior tempo de internação, uso de materiais cirúrgicos, unidade de terapia intensiva neonatal e mais pessoal capacitado; maior morbimortalidade materna, devido a infecções puerperais, acidentes e complicações anestésicas; além de maior permanência hospitalar após o parto, necessidade de tratamento pós-natal com antibióticos e período de separação entre mãe/bebê com retardo do início da amamentação (Rattner et al., 2012, p.375).

De 1990 em diante, a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e outros órgãos não governamentais têm se pronunciado muito sobre a humanização das ações e dos serviços

de saúde, abrangendo a humanização do parto e do nascimento. Urge destacar que o conceito de humanização do parto pode ser bastante diversificado, porém, de acordo com Castro et al. (2005, p.961), “há um movimento defendendo-o como um processo que respeita a individualidade das mulheres, valorizando-a como protagonista e permitindo a adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões dessas pessoas”. Assim, as propostas de humanização da assistência ao parto buscam contemplar as dimensões sociais e existenciais das mulheres, a saber: a biológica, a social, a cultural, a psicológica e a espiritual. Também inclui respeitar a autonomia da mulher e ouvir suas necessidades.

O movimento da humanização foi incitado, desde a década de 70, por várias experiências: profissionais influenciados por práticas tradicionais de parteiras e índios (Galba de Araújo, no Ceará); grupos de terapias alternativas (Yoga, Rio de Janeiro), aparecimento de grupos de preparo para o parto e grupos que oferecem assistência humanizada à gravidez e parto (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, São Paulo). E, com mais força, com a criação da organização: Rede de Humanização do Nascimento - ReHuNa, onde participam profissionais de saúde e ativistas do parto humanizado, inclusive movimentos de mulheres e feminista. A ReHuNa busca a prática do atendimento humanizado ao parto, a partir do protagonismo da mulher, da unidade MãeBebê e da assistência e cuidados perinatais baseados em evidências científicas (Diniz, 2005, p.631; Carneiro, 2011, p.14).

As mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar propostas pela ideologia da humanização do nascimento estimulam a realização do parto vaginal, o aleitamento materno no pós-parto imediato, o alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), a presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, a atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais e também a inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente. É recomendada também a redução de procedimentos desnecessários, geradores de risco e excessivamente intervencionistas ao parto, como enema, tricotomia, episiotomia, entre outras.

As mulheres e profissionais de saúde que compartilham dessa ideologia julgam que “a concepção do parto como patologia que demanda intervenção leva à imposição de rotinas violentas, inseguras, desumanas e ineficazes nessa forma de assistência, *construindo* o parto como uma experiência de terror, impotências, alienação e dor” (Diniz, 1996, p.178-179). Tal interpretação facilitaria a busca da cesárea pelas mulheres que imaginam ser essa a melhor forma de dar à luz, evitar as dores do parto e a laceração da vagina, e, ainda, dá a

possibilidade de escolher quando parir e eliminar a ansiedade e apreensão desse momento. Esse último fato contribui, também, para a organização da agenda médica.

Nem sempre as mulheres conhecem as propostas de humanização da assistência ao parto e das políticas existentes e mais, desconhecem os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto e ao nascimento e da melhor conduta em uma determinada situação. Nesse contexto, a mulher perde o controle e decisão sobre o próprio processo do parto e nascimento, pois, sem as informações necessárias fica difícil exercer sua autonomia e participação no processo decisório. Segundo Oliveira et al. (2002, p.669), a expectativa das gestantes quanto ao tipo de parto está relacionada à maneira como as informações sobre o assunto estão disponibilizadas e acessíveis – escolha informada. Por isso, é importante também o diálogo que deve ser estabelecido entre a mulher e o profissional de saúde para uma escolha conjunta das variáveis envolvidas no parto a ser realizado.

A partir do percurso realizado, pudemos conhecer as principais transformações históricas na assistência ao parto que se produzem por meio das relações sociais e também refletem nelas, além dos fatos que contribuíram para o parto se tornar um evento patológico, passível de intervenções e hospitalizado e a cesárea ser padrão de nascimento no Brasil. Durante a pesquisa, aprofundaremos as leituras e interpretações quanto às razões sociais para um parto normal/natural e a cesárea, como também para a utilização de procedimentos interventivos; a satisfação relacionada ao modelo de parto e assistência ao parto e ao nascimento; e o conhecimento ou desconhecimento da ideia de humanização do nascimento por parte das mulheres e dos profissionais de saúde.

Capítulo II – Nas tramas dos modelos de parto: perspectivas de mulheres e profissionais de saúde do DF.

- Da metodologia

Para entender um pouco mais dos modelos de atenção ao parto no DF, recorri a uma pesquisa de campo de cunho qualitativo, com a utilização de entrevistas semi-estruturadas e observação participante do cotidiano de um hospital e de grupos de preparo para o parto. Segundo Minayo e Sanches (1993, p.244), a metodologia qualitativa busca apreender o social, uma vez que realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre o sujeito e o objeto, bem como o aprofundamento da compreensão dos significados das ações e das relações humanas. Ainda de acordo com essa autora, nenhuma abordagem metodológica é capaz de compreender a realidade em sua totalidade. No entanto, é possível traçar algumas regularidades do comportamento humano (Minayo e Sanches, 1993, p.239).

Considerando que esta pesquisa se consolida justamente no campo da subjetividade e do simbolismo ou imaginário social e se vê inserida no campo das Ciências Sociais em Saúde Coletiva, buscará a compreensão dos significados e das relações sociais que pautam a vida dos indivíduos. Em nosso caso, das mulheres e dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto no DF.

Busquei indivíduos de diferentes espaços sociais que pudessem ter uma vinculação mais significativa com o problema a ser investigado: as mulheres (gestantes e puérperas) e profissionais de saúde que prestam assistência direta ao parto e nascimento. Pois, é a partir da óptica e significados formulados por esses sujeitos, que procurei apreender as relações sociais e percepções a respeito dos modelos de atenção ao parto no DF. Para tanto, não consegui encontrar um outro instrumento metodológico que não o trabalho a partir das representações sociais.

As representações sociais, segundo Serge Moscovici (Araujo, 2008, p.98), seriam os significados e ideias construídos socialmente por e entre grupos sociais. De acordo com Araújo (Araujo, 2008, p.100), “têm um caráter dinâmico e relacional à trajetória do grupo que a elaborou” se adequando a dinamicidade das sociedades modernas. Ou seja, as

representações sociais diferem a depender do espaço social em que o grupo está inserido e das relações ali estabelecidas.

A autora afirma também que, para Moscovici (Araujo, 2008, p.101), a entrevista é o meio mais importante para se compreender as representações sociais, já que o mesmo enfatiza o discurso dos sujeitos do grupo social. E que, por isso, “a teoria das representações sociais está baseada na realização e análise de entrevistas qualitativas e na observação do discurso apresentado pelos informantes” (Araujo, 2008, p.101). Com a intenção de proporcionar melhor entendimento, retiro um trecho do artigo de Araújo que explica o que vem a ser as representações sociais.

As representações sociais são formas de conhecimento socialmente construídas pelos integrantes dos grupos para explicar as relações estabelecidas entre eles, com outros grupos e com a natureza. Isso ocorre mediante o caráter coletivo das ideias, histórias e experiências vividas por um grupo social específico e essa construção vai servir de orientação para a ação social. Há a necessidade metodológica de se entender a forma como foram elaboradas as explicações cognitivas para a realidade vivida, assim como, os conteúdos da história pregressa do grupo, como, por exemplo, o período de interação no espaço geográfico, suas características, problemas, qualidades e o que foi preciso fazer para a adaptação neste lugar ou para a interação social com outros grupos (Araújo, 2008, p.110).

Um dos objetivos da análise das representações sociais é a interpretação da realidade; na medida em que permitem aos próprios indivíduos interpretar a realidade que os contorna com base em seu conhecimento. Por isso, em nosso caso, o estudo das representações sociais das mulheres e dos profissionais de saúde objetiva entender como esses sujeitos se sentem diante da realidade dada a partir dos significados que atribuem a ela, das informações e conhecimentos que possuem, considerando as suas experiências e o contexto que vivem.

Conheci e entrevistei 11 mulheres em condição de pré e pós-parto, primigestas ou já mães, com cesárea ou que tiveram parto normal ou parto natural e também com 4 profissionais de saúde que prestam assistência direta ao parto no DF. Esclareço que os sujeitos foram escolhidos aleatoriamente, conforme contato de campo no Hospital Regional da Ceilândia (HRC) e num grupo de gestantes do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). O contato com mulheres desses grupos me encaminhou a outros contatos e, assim, a pesquisa foi tecida e encaminhada, pelos próprios sujeitos pesquisados, numa espécie de rede de contatos.

Tratam-se de sujeitos (mulheres e profissionais de saúde) de cenários opostos e bastante diferentes, como veremos a seguir, mas que em um momento se assemelham em suas percepções sociais sobre parto e corpo.

Inicialmente, a pesquisa foi pensada para ser realizada somente em uma instituição pública do Sistema Único de Saúde, o Hospital Regional da Ceilândia. Por isso, submeti o projeto de pesquisa para o Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde em 25 de janeiro de 2013. No entanto, o parecer favorável só foi emitido em 13 de maio de 2013. Foram quase 4 meses para aprovação da pesquisa, indago-me quais os motivos reais para tal demora, já que a pesquisa não propunha nada mais do que captar percepções sociais das mulheres e de profissionais de saúde, utilizando entrevistas semi-estruturadas.

Várias vezes o projeto foi recusado por conta da metodologia que propunha e a cada retorno do projeto havia uma nova dificuldade imposta (amostra de participantes, idade, duas vias de documento, etc.). Parece-me que o método qualitativo foi pouco compreendido, e isso, em minha leitura, demonstra a razão da escassez de estudos na área de saúde que buscam compreender o problema por meio dos sujeitos e das representações sociais, ou seja, com um viés das Ciências Sociais e da Antropologia.

Destaco também que a Unidade de Obstetrícia do HRC ficou fechada durante uma semana, de 13 a 19 de abril, como medida preventiva após a morte do sétimo bebê em um curto período de tempo. De acordo com o Correio Braziliense (Correio Braziliense, 14 de abril de 2013),

“A Secretaria de Saúde do Distrito Federal informou, por meio da assessoria de comunicação, que espera o esvaziamento da unidade para fazer uma desinfecção total. A secretaria destacou, no entanto, que equipes sanitárias já estão atuando para desinfetar o local. Desde o dia 27 de março, sete bebês morreram no HRC. Exames mostraram que dois deles estavam contaminados pela bactéria *Serratia*”.

Diante da demora da resposta do CEP e da urgência e interesse da pesquisa, decidi criar alternativas e comecei a frequentar grupos de gestantes, isso, a partir do início de abril. Participei da reunião do HUB uma única vez e no UniCEUB três vezes, somente para observar o grupo e estabelecer contato, já que as entrevistas geralmente foram realizadas em outros locais, na maioria das vezes, na residência da entrevistada e em local público. Não houve nenhuma recusa em participar da pesquisa e as mulheres aceitaram que fossem gravadas as respostas.

Em relação aos profissionais, o médico de um hospital particular e uma enfermeira-obstétrica da Casa de Parto São Sebastião, as entrevistas ocorreram no consultório de cada e foram também gravadas.

Quando já tinha conversado com 6 mulheres e 2 profissionais de saúde, perto de finalizar minha pesquisa de campo, uma notícia inesperada: a FEPECS aprovou a minha entrada no HRC. Mesmo com pouco tempo para pesquisa de campo na instituição, não pude recusar a oportunidade de conhecer a visão de mulheres e de profissionais de saúde diferentes, como se verá a seguir, das até então entrevistadas. Então, aceitei o desafio de ir a campo no HRC. No hospital, apresentei a pesquisa tanto na maternidade (Alojamento Conjunto – ALCON), para conversar com as puérperas, como no Centro Obstétrico (CO), para conversar com as gestantes já em trabalho de parto.

Passei a visitar o hospital semanalmente. Estive em contato com 5 mulheres e 2 profissionais de saúde. Também conheci parcialmente a estrutura do ALCON e do CO: precária, com falta de recursos materiais, um único quarto e banheiro para 6 mulheres no ALCON e no CO um quarto para cada mulher e um banheiro para todas, ambos os locais desprovidos até mesmo de cadeira para todos os acompanhantes. Nossos diálogos se davam ou num banquinho de madeira na sala de recepção do CO ou no quarto do ALCON, onde, na maioria das vezes, fiz a entrevista em pé por falta de cadeira. No ALCON, algumas mulheres que não foram entrevistadas, ao ouvirem minhas perguntas, ainda deram sua opinião, gerando assim um espaço propício para minha pesquisa. Esse foi o espaço onde me senti mais a vontade. Todas as entrevistas não foram gravadas a pedido da Enfermeira-Obstétrica, chefe da Obstetrícia.

Fiz uso de um roteiro de perguntas (Anexo 1). Todavia, o diálogo estabelecido não ficou limitado a esse instrumento, pois outras questões importantes e pertinentes surgiram da interação entre pesquisadora e pesquisado. Na entrevista com os profissionais de saúde busquei qualificá-los segundo a profissão e local de trabalho e os abordei com questões referentes à realização de cesárea e o parto normal e natural, quanto à sua percepção dos procedimentos interventivos, e sobre a filosofia de humanização do parto e do nascimento. Enquanto as perguntas voltadas às mães, parturientes e gestantes, visaram, primeiro, a sua caracterização social e econômica (idade, grau de instrução, profissão, renda familiar, histórico gestacional) e, em seguida, conhecer percepções sociais relacionados à gravidez, ao parto, ao ideário da humanização do nascimento, para mapear a avaliação da assistência prestada.

Antes de cada entrevista, foram informados os objetivos da pesquisa e o convite a participar do presente projeto, sendo devidamente assinado um termo de consentimento informado e esclarecido (TLCE) e, então, assegurado aos participantes a confidencialidade dos dados individuais. Os nomes dos entrevistados foram trocados por questões de ética em pesquisa. Como exigido na Portaria 196/96 do Ministério da Saúde, o projeto passou pelo Comitê de Ética da FEPECS e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP/IH), apto a analisar pesquisas sociais no campo da saúde, na medida em que portador de uma compreensão das ciências humanas na seara da saúde (Anexo 2).

Posteriormente, transcrevi as entrevistas que foram gravadas e analisei as opiniões, as falas e as representações sociais dos sujeitos, buscando também as suas percepções emocionais para garantir a fidedignidade do discurso. A mesma análise fiz com o diário de campo do HRC. O diário de campo a que me refiro é um instrumento de pesquisa, onde eu anotava e escrevia as entrevistas e impressões de campo. Adianto que não há como desvincular a análise do olhar subjetivo do pesquisador, no entanto, procurei me ater não as minhas, mas as interpretações e representações sociais dos entrevistados. Isto posto, apresentarei os participantes, os pontos que mais pediram atenção e minhas interpretações sobre os modelos de parto no DF.

- Tipos de parto: modelos

Algumas expressões serão muito utilizadas neste trabalho e o seu significado pode variar a depender da percepção individual. Portanto, para facilitar a compreensão do leitor definirei algumas expressões mais recorrentes em campo ou ditas expressões êmicas, a começar pelo parto normal, o parto natural e a cesárea. Para tanto, basear-me-ei na fala da enfermeira obstétrica entrevistada.

A cesárea é uma operação... O parto normal é o parto feito via vaginal, mas ainda dentro das rotinas, seria a mulher deitada na cama em posição dorsal, ginecológica às vezes... E o parto natural, com o mínimo de intervenção possível (Lúcia, 03 de maio de 2013).

Neste trabalho, o parto humanizado será entendido em um sentido mais amplo, a partir da fala das mulheres e dos profissionais de saúde, como um parto com o mínimo de intervenções e onde há liberdade de posição; a equipe de saúde presta toda a assistência que a mulher precisa

respeitando-a (quando o parto ocorre em uma instituição de saúde); a mulher é a protagonista principal; a mulher teve toda informação necessária sobre a gravidez, o tipo de parto e suas intervenções e também sobre a evolução do trabalho de parto; a mulher é quem decide como vai parir, aonde vai parir e quem vai assistir esse momento (Lúcia, 03 de maio de 2013; Pedro de 06 de maio de 2013 e Raquel 25 de abril de 2013).

As informantes desta pesquisa tiveram seus filhos em três locais: no hospital, na Casa de Parto e no domicílio. Em relação ao hospital, ou aconteceu na rede pública ou na rede particular. A maioria das mulheres que optaram pela rede pública são as que não tinham condições financeiras de pagar para ter seu filho na rede particular ou não tinham convênio. Já a Casa de Parto é procurada não só pelas mulheres de São Sebastião e usuárias exclusivas do SUS, mas também por mulheres de outras localidades, que têm convênio, que podem pagar por um parto na rede particular. No entanto, não encontram um profissional na linha da humanização e vão procurar a Casa de Parto.

A Casa de Parto está localizada na cidade de São Sebastião, é a única Casa de Parto em Brasília e foi construída nos anos 2000. No início, tanto médicos como enfermeiros compunham o quadro de profissionais da Casa de Parto. Segundo Lúcia, “os médicos não adotavam o modelo do parto humanizado e acabava sendo um local em que faziam apenas parto normal. Somente em 2009 quando os médicos saíram da Casa de Parto para irem para outras redes hospitalares e a Secretaria de Saúde convidou os enfermeiros obstetras para formar a Casa de Parto que adotaram a forma humanizada de nascimento”. Não há médicos obstetras e nem pediatras, hoje, é o enfermeiro obstetra que faz a assistência à mulher. Existe um protocolo para poder parir neste local, denominado protocolo de baixo risco, o qual seria: no mínimo 6 consultas de pré-natal e ter o cartão da gestante preenchido; não ter tido nenhuma doença associada à gestação; não ter pressão alta e diabetes; não ter tido nenhum tipo de operação pélvica uterina anterior (Lúcia, 03 de maio de 2013).

Na Casa de Parto de São Sebastião a mulher tem um quarto individualizado com banheiro onde vai dar à luz, escolhe o acompanhante que ela quer, é instruída sobre as posições de parto e tem inclusive a opção do parto na água. As intervenções na Casa de Parto são mínimas e se houver alguma intercorrência a paciente é encaminhada para o hospital de referência, o hospital Paranoá; a Casa de Parto conta um ambulância para traslados de emergência e a enfermeira afirmou que a taxa de traslados é baixa (Lúcia, 03 de maio de 2013).

Os partos das entrevistadas, durante este trabalho, no hospital e na Casa de Parto aconteceram na água (piscina plástica) ou na cama. Na cama a mulher estava deitada em posição horizontal ou sentada de lado, o único parto na água relatado a mulher estava em posição de cócoras. E no parto domiciliar, a mulher também se encontrava em posição de cócoras.

- Experiências/Expectativas de parto: mulheres, cesárea e parto normal/natural

Participei de um documentário sobre cesáreas e dei o depoimento das minhas duas cesáreas, só que eu ainda não tinha assistido o documentário. Aí eu fui convidada pra assistir e foi um baque, eu olhava aquelas cenas de cesáreas e eu chorava, chorava, porque assim eu nunca tinha visto uma cesárea, porque a gente não vê nossa cesárea né?! E aí no filme aparece essa cesárea, arrancando o bebê e mostrando os procedimentos que fazem com o bebê e o bebê chorando, aquele estresse. Eu chorava, não conseguia parar de chorar o filme inteiro assim de soluçar, aí eu falei: cara não vou querer isso pra mim não, não vou ter essa experiência de novo não, vai ser parto normal. Vai ter que ser parto normal! Não vou fazer mais cesárea! Eu não vou engolir mais nenhuma desculpa de ninguém pra ter uma cesárea (Raquel, 25 de abril de 2013).

O relato acima é de uma das mulheres entrevistadas que passou por duas experiências de parto: natural e cesárea, ambos em hospital particular. Raquel tem 35 anos, casada, servidora pública, doutora, classe alta, católica e hoje possui 3 filhos. Os dois primeiros partos foram cesarianas, o primeiro devido à posição pélvica do bebê (estava sentado) e o segundo porque não entrou em trabalho de parto, apesar da bolsa ter rompido (não tinha dilatação). Seu sonho era fazer parto normal desde o início da gestação e buscou profissionais que se diziam humanizados. Segundo ela, no consultório de sua primeira médica havia um cartaz que dizia: Parto Humanizado - e a mesma também contava algumas histórias de partos humanizados, já o segundo médico foi indicado por amigas que tiveram parto normal com ele, o que depois pareceu ter sido raras exceções. Nenhum dos dois mostrou uma postura humanizada diante do parto.

Com o pensamento de que parir é uma “coisa instintiva e animalesca” que toda mulher pode passar, Raquel queria vivenciar esse momento que seus ancestrais passaram, sua avó, sua mãe. “Foi horrível a cesárea, não é um parto é uma cirurgia”, assim que se expressou em relação à sua experiência com a cesariana. O sentimento de frustração foi tamanho que ao saber do projeto de um documentário sobre cesárea, no sentido de confrontar com o parto

normal, Raquel logo se dispôs a prestar depoimento; coincidentemente estava grávida de seu terceiro filho.

Apesar de seu histórico de duas cesáreas e da posição tradicional dos obstetras de que o terceiro parto teria quer ser inevitavelmente uma cesárea; de seus pais não terem apoiado a sua decisão; e de seu marido ter ficado um pouco receoso em ela estar criando novamente expectativas que poderiam não dar certo, Raquel não desistiu e junto a sua doula⁹ começou a idealizar a maneira como queria dar à luz. Contou-me que estava tão chateada com o fato das cesáreas que decidira radicalizar, seu plano de parto seria um parto natural, sem nenhum procedimento interventivo e na água. Por fim, realizou seu sonho.

Pra mim foi a melhor coisa que teve, porque eu tive reações muito ruins nas cesáreas, minha recuperação foi péssima, tive muita dor na lombar. E aí foi ótimo, porque acabou sendo sem nenhuma intervenção, apesar do desespero e da dor que é muita dor, não me arrependo de jeito nenhum de ter tido parto natural. Eu até falava com a minha doula: Lilian, eu não sou de gritar, você vai ver. Ai ela só me olhava assim e no final eu estava: AHHH! Gritando! O meu marido disse que olhava assim: ‘Nossa! O que é isso?!’ [risos]. Mas é uma coisa assim muito forte e nas outras duas eu não tive, eu só tive nessa última gestação mesmo.

Eu me senti muito realizada de ter conseguido, muito feliz de ter finalmente essa experiência, dele ter vindo na água, porque minha frustração era um pouco essa. A parte expulsiva foi a mais emocionante, pra você ver como a coisa é instintiva mesmo, na hora eu senti que ele ia sair, levantei e fiquei apoiada na borda da banheira meio que de cócoras, aí eu fiz uma força e o bebê saiu a metade e eu senti que ele tinha saído só a metade. Aí eu fiquei: cara não vou dar conta de tirar, ele vai ficar entalado aí! Falei com a minha médica: você tem que me ajudar! Esse menino não vai sair! E ela: ‘Claro que vai sair. Vai vir uma nova contração você vai fazer força de novo e ele vai sair’. E eu: gente cadê essa porcaria de contração que não vem?! Ai veio e ele saiu, eu que peguei ele, botei ele em cima de mim. É protagonismo total! (Raquel, 25 de abril de 2013).

Relatou também que seu pai, que acompanhou o parto de todos os seus netos, quase surtou quando viu essa cena e sua mãe chegou a ficar com raiva dela e da médica-obstetra que acompanhou o parto. As pessoas já estão tão acostumadas a ver um trabalho de parto com intervenções que ficam confusas e angustiadas quando assistem uma mulher em trabalho de parto, o que deveria ser normal.

Os pré-natais de Raquel foram realizados no hospital particular com os médicos que acompanharam o parto. Disse-me ter sentido falta de informações relacionadas ao parto

⁹ Acompanhante de parto profissional, responsável pelo conforto físico e emocional da parturiente durante o pré-parto, parto e pós-parto.

durante o pré-natal. Para ela, o pré-natal também deve estar pautado na humanização, no sentido de preparar a gestante para o parto prestando-lhe todas as informações referentes a esse momento, como os benefícios do parto normal/natural.

Eu acho que tem pouca conversa sobre os benefícios do parto normal assim sabe, como é melhor pra mulher e para o bebê. Acho que eles fogem um pouco dessa conversa sabe. Até o pré-natal às vezes não é humanizado, no sentido da gestante ter acesso a todas as informações, ser cuidada, bem assessorada, de ter atenção mesmo do médico. Tem gente que faz um pré-natal com consulta de 10 minutos, a médica não explica nada e faz um monte de toque desde os 6 meses (Raquel, 25 de abril de 2013).

Percepções como essa após uma cesariana não são comuns a todas as mulheres. Laís, 39 anos, casada, servidora pública, camada média e evangélica, adorou o nascimento de sua primeira filha, sempre quis cesárea e não se arrependeu em nenhum momento, pelo contrário, superou suas expectativas. Laís sempre foi uma mulher muito independente, deixou sua família no Nordeste e veio morar sozinha em Brasília desde os 20 anos de idade, tinha dois empregos, casou já aos 35 anos. Casar e ser mãe eram os seus maiores sonhos.

Meu sonho era casar. O casamento é muito bom, mas ser mãe não tem como descrever, ver que ela saiu de dentro de você. Toda mulher deve ser mãe, como os valores mudam, o olhar sobre as coisas. É incrível! (Laís, 20 de abril de 2013).

Laís sofreu um aborto e depois disso seu marido ficou um pouco receoso em tentar ter um filho novamente. Mas engravidar era um projeto pessoal seu, por isso o incentivava a ter relações sexuais, quando chegava em casa depois do curso à noite e ele já estava dormindo, ela o acordava. Laís afirmou que planejou sozinha a sua gravidez. Essa ideia de independência e até mesmo de controle que ela passa refletiu também na escolha do seu tipo de parto. O fato de poder escolher o momento do parto foi o principal motivo de ter optado pela cesárea, mas não sentir a dor do trabalho de parto e não lacerar a vagina também contribuíram.

Eu já desejava a cesárea, acho mais prático, mais cômodo marcar o dia e a hora, fui toda poderosa, de cabelo feito, unha feita. E também tinha medo da dor e da questão da vagina, às vezes a mulher coloca tanta força que a bexiga desce. Superou as minhas expectativas, não senti nada, a recuperação foi melhor ainda. Foi muito tranquilo, até recomendo (Laís, 20 de abril de 2013).

Já Michele, 30 anos, solteira, ensino superior completo, camada média, “espiritualista”, teve seu primeiro filho há 4 meses por parto natural na Casa de Parto São Sebastião. Antes de engravidar, já tinha pesquisado sobre o parto natural para uma amiga que estava grávida e desejava o mesmo para si. Seu primeiro plano de parto era o parto natural e, caso não desse certo, teria um parto normal. Contou-me emocionada que a sua gestação foi muito estressante, pois terminou seu relacionamento nesse período, tentou até mesmo se suicidar. O pai da criança queria que ela abortasse o neném, já que na França, seu país de origem, o aborto é pensando de outro modo, não é um crime. Porém, Michele manteve a sua gravidez e o seu plano.

Estar grávida foi muito estressante, tentei suicídio e fui parar em uma casa de repouso de tão desnorteada. Eu fiquei lá quatro dias, depois desse tempo eu falei: Eu não tenho problema nenhum, o povo aqui tem mais problema do que eu *[risos]*. Isso, porque eu acabei com um relacionamento e tive que levar a gravidez quase que sozinha, na época o meu namorado queria que eu abortasse. Eu falei ‘Eu não vou abortar! Eu vou fazer 30 anos e essa pode ser a minha única oportunidade de ter um filho. Então eu tenho que ter, se você quer assumir ou não problema é seu, mas eu estou assumindo com ou sem você’. Continuei minha gravidez e fui em frente querendo um parto normal e natural de preferência. Eu falava: ‘o plano A era um parto na Casa de Parto São Sebastião e o plano B, caso tenha alguma outra coisa, é fazer o parto normal em um hospital particular’ (Michele, 03 de maio de 2013).

Diferente do parto, sua gravidez não foi planejada, mas ambos valeram muito a pena para Michele. Ela não quis criar muitas expectativas sobre o parto, se preparou para ser um momento bom e do jeito que tinha planejado, mas também se preparou para uma possível cesariana.

A dor vai ter, mas você não sabe a potência da dor, não sabe se vai vomitar ou não, não sabe se vai rasgar ou não... Eu não sei como vai ser, então, vou me preparar para tudo ocorrer bem e, se não ocorrer e for uma cesariana, eu vou me preparar psicologicamente para ser uma cesariana, porque o importante é os dois ficarem bem. Não vou criar expectativas sobre isso, para não sofrer se não conseguir o que desejava (Michele, 03 de maio de 2013).

Perceba que Michele não ficaria frustrada caso tivesse uma cesariana, como Raquel ficou. Algumas mulheres desejam o parto natural porque pensa ser o melhor para si e para o bebê e porque vivenciam mais esse momento, já outras, além desse pensamento, têm esse sonho. Para Michele, a cesárea é uma operação de alto risco, que deve ser realizada para salvar vidas e sua recuperação é mais lenta. Sua mãe também a incentivava a ter parto natural, pois passou

pelo parto natural e pela cesárea e teve uma recuperação rápida no primeiro, enquanto na cesariana tardou quase dois meses para se recuperar. No entanto, disse-me que muitas pessoas a influenciaram a fazer cesárea, pessoas que tiveram uma experiência negativa com o parto normal ou não conseguiram tê-lo.

Muitas pessoas falavam pra mim: ‘Ah... Porque cesariana é ótima e não sente dor nenhuma, é menos sofrido’. Só que eu só teria cesárea se tivesse uma necessidade mesmo, para salvar a minha vida ou a vida do bebê, só se houvesse um intercorrência (Michele, 03 de maio de 2013).

Ela ressaltou também que para ter um parto natural é preciso esperar o tempo certo, se preparar para isso física e psicologicamente. Ou seja, as condições físicas e emocionais podem ter impacto na intensidade da dor. E no parto natural percebe-se melhor o papel ativo da mulher, elas conseguem vivenciar e sentir mais intimamente esse momento. A posição do seu parto foi sentada.

Na hora que ele encaixou eu falei: alguém tá querendo descer, vamos arrumar as coisas! Foi muito rápido, três expulsivas. Na primeira ele encaixou, na segunda a cabeça já tava aparecendo, na terceira a cabeça saiu e eu só tive que dar mais um empurrãozinho pra sair o corpinho. Foi meio sentada o parto, de lado (Michele, 03 de maio de 2013).

Isabela, 20 anos, solteira, nível superior incompleto, protestante, camada média, está grávida de seu primeiro filho. Engravidou de seu companheiro durante a graduação e teve que trancar algumas matérias perto de ganhar o neném. Não foi uma gravidez planejada e no início, contou-me que foi difícil aceitar.

No início foi difícil aceitar. Não foi uma gravidez planejada, eu fiquei muito preocupada por conta da faculdade e por meus pais (Isabela, 7 de maio de 2013).

Contou-me que começou o pré-natal em hospital particular, mas depois decidiu fazer no público devido aos custos. Além de está satisfeita com o atendimento prestado no Centro de Saúde, o considera melhor. Sentiu-se influenciada no particular a fazer uma cesariana, mas não recebeu informações em nenhum serviço sobre os benefícios e riscos de cada parto.

Nenhum dos dois médicos me aconselhou na decisão de qual parto fazer ou falou sobre os riscos da cesariana ou do parto normal, eu senti falta disso. A minha doutora no particular me influenciava a fazer parto cesáreo, pelo fato de que é no horário dela, que é uma coisa marcada, mais rápida. Eu falava:

Doutora eu quero parto normal; e ela ficava assim: ‘Ah... Tem certeza? Vai pensando até lá, vamos pensar na cesariana’. Ficava assim jogando essas conversinhas. Já a do público, falava pra gente tentar fazer de tudo pra ter normal, mas se precisasse de cesariana me dava o encaminhamento (Isabela, 7 de maio de 2013).

Isabela partilha do conceito da cesárea como uma operação e se sente deslocada ao pensar assim numa época em que a cesárea é tão comumente realizada, como se tivesse um pensamento rústico, de uma mulher sem instrução. Sempre desejou o parto normal, mesmo quando não estava grávida e só faria cesariana se houvesse necessidade, se ela ou bebê estivessem em risco, com algum problema.

Eu sempre pensei que cesariana é uma cirurgia. Então, por que eu vou fazer uma cirurgia desnecessária que tem tantos riscos, se eu tenho passagem e meu bebê tá encaixado? Por que eu vou me submeter a uma cirurgia, a uma cirurgia forte se eu posso ter uma dor só na hora no parto normal? Pode ser um pensamento meio rústico, mas eu acho que se puder evitar é melhor, é uma cirurgia, são sete camadas que cortam de você (Isabela, 7 de maio de 2013).

Na fala de Isabela e de outras mulheres como a Raquel e a Michele pode-se perceber que as percepções de outras pessoas, da mãe, de familiares e de amigas sobre o parto normal e a cesárea também influenciam a escolha da mulher no tipo de parto. Isabela foi aconselhada a não fazer cesárea por pessoas que escolheram fazer e se arrependeram. Ouviu casos que a assustou e isto criou em si certo receio.

Uma colega minha acabou de fazer cesariana, a enfermeira foi enrolar a faixa e deixou um pedaço da pele pra fora da faixa, aí criou meio que uma pele morta, com o tempo foi sarando, mas meio que deformou a barriga dela. Ai ela falou: ‘Isabela não faz! Faz normal! Você tem passagem e seu bebê tá encaixado, faz normal’. Ela escolheu fazer cesariana, não precisava. E minha cunhada fez cesariana e se sentiu inchada durante muito tempo, parecia que ela ainda tava grávida, ela se sentia acabada, se sentia feia. De tanto ouvir esses relatos sobre a cesariana, meio que criei um receio (Isabela, 7 de maio de 2013).

Juliana, 38 anos, servidora pública, doutora, camada média, está grávida de 37^a semanas de seu primeiro filho. Possui convênio e faz o pré-natal na rede privada, julgou não estar recebendo todas as informações relativas ao parto. Segunda ela, o seu médico não lhe influenciou a fazer cesárea, mas também nunca colocou o parto normal como uma possibilidade e nem os benefícios e riscos de cada tipo de parto. Ela é que levantou essa questão.

Em meio a lágrimas, contou-me que passou por uma experiência muito traumática, sofreu um aborto há dois anos e o seu médico foi muito ríspido e grosseiro ao vê-la passando por isso. No entanto, apesar dessa quebra de confiança, continua com ele por ser profissional em vários aspectos e ter uma boa referência dele.

Ele é um profissional experiente e tudo, mas no ponto de vista de uma relação mais humana ele não me inspira grande confiança, uma coisa meio que impessoal, digamos assim, a nossa relação. Mas eu também tenho uma dificuldade com ele porque é uma coisa meio traumática, eu sofri um aborto há uns dois anos e é uma coisa da qual eu não consigo me desvincular. Eu estava com poucas semanas de gestação e tive um sangramento, passei mal e fiquei de repouso uns três dias e ele pediu que eu fizesse um exame para ver como é que estava. Então, eu fui fazer o exame e ele deu a entender que me atenderia no consultório dele já que o resultado sairia rapidinho. Então eu peguei o resultado e vi que tinha perdido o bebê, ele não me atendeu e mandou-me ir pra um hospital mais perto, só que eu não queria ir pra qualquer lugar. Eu fui para casa e meu marido ficou ligando no consultório e quando nós conseguimos realmente falar com ele, ele perguntou onde a gente morava e falou para irmos para o Santa Helena. Aí eu fui e foi uma outra médica que me atendeu. É como se ele tivesse quebrado minha confiança, eu sei que ele não foi responsável pelo que aconteceu, mas essa coisa da atitude, como ele agiu com uma pessoa que estava passando por um momento delicado. Mas por uma questão de conveniência, porque eu o conhecia e tinha uma referência boa dele, eu engravidei novamente e continuei com ele. Quando digo pra você que ele é profissional em vários aspectos ele é mesmo, por isso que continuei com ele. E nesse cenário de médico humanizado, você vê que na verdade você não tem um leque de opções tão grande, entendeu? Não teria achado outro médico que fosse muito diferente dele (Juliana, 27 de abril de 2013).

Juliana deseja parto natural, sem intervenção nenhuma na Casa de Parto e só teria o parto em hospital particular em caso de necessidade. O seu médico lhe pareceu um pouco decepcionado quando ficou sabendo do seu desejo: “Não sei se ele ficou assim porque gostaria mesmo de fazer o meu parto ou porque se fosse um parto normal ele cobraria por fora, não pelo convênio”. Ela considera que o hospital é um local de risco e tem receio quanto ao tratamento que pode receber ali. Não quer viver novamente a experiência desagradável que passou durante o aborto.

Um hospital mete medo não só pela precariedade, mas pelo tratamento hostil das pessoas que trabalham no ambiente. Pode não ter recurso, mas isso não é motivo para as pessoas serem tratadas como são tratadas. Além, claro, dessas situações de bactéria e a maioria dos casos de infecção hospitalar. Isso, devido a procedimentos de higiene que os profissionais não respeitam, cuidados mínimos como luvas, lavar as mãos. E se as pessoas que estão ali não sabem disso, deviam ser orientadas (Juliana, 27 de abril de 2013).

No entanto, Juliana dá sinais de que não está muito certa quanto a um parto sem intervenções, pois na conversa mencionou que gostaria de ter a sua disposição a analgesia se não aguentasse ter o filho na Casa de Parto, sem algum medicamento para aliviar a dor. Disse-me que iria atrás do seu médico para ter um parto normal dentro das rotinas do hospital.

Eu quero ir para a Casa de Parto, mas ao mesmo tempo se tiver dificuldades e precisar sair de lá quero contar com o meu médico e com a analgesia. Eu me acho muito molinha com esse negocio da dor, sou meio covarde, mas também não sei assim na hora... (Juliana, 27 de abril de 2013).

Ana Clara, 26 anos, casada, nível superior incompleto, camada média, evangélica, está grávida de seu segundo filho. Sua gravidez não foi planejada, contou-me que no início chegou a ficar triste, desmotivada e que chorou muito ao saber. Mas, que agora que já sente o bebê mexer dentro de si e sabe que é um menino (já tem uma menina), tem sido um momento maravilhoso e de muita ansiedade.

Quando eu soube que estava grávida fiquei desmotivada porque eu não esperava a gravidez, não tinha planejado. No início, eu tava sem acreditar, mas agora tem sido um momento maravilhoso e já sinto o bebê mexer. E como é um menino e eu já tenho uma menina, eu fico tentando imaginar como será o rostinho dele. Pra mim, a gestação está sendo muito demorada, ainda faltam 4 meses para eu ver ele. Estou tão ansiosa a ponto de realizar pesquisas no Google do tipo: ‘O parto do segundo filho demora ou é mais rápido?’ ou ‘Como é o parto do segundo filho?’ [risos] (Ana Clara, 12 de maio de 2013).

O seu primeiro parto foi normal no hospital público e pretende fazer o mesmo tipo de parto nessa gestação, mas agora em hospital privado. A opção pelo parto normal é devido a melhor recuperação no pós-parto e pensa ser também melhor para a criança já que ela vai vir ao mundo quando estiver preparada.

Eu optei pelo parto normal, pois a recuperação é mais rápida e pelo bebê também, acho que de forma natural não prejudica tanto. O parto cesariano me parece que força a criança, porque ela ainda não tá preparada totalmente pra nascer, a criança é tirada no susto. Já no parto normal a criança sai de forma natural, ela tá preparada. É o certo, é o natural, é o que vai fazer bem pra mim e pro meu filho. Querendo ou não a cesariana é uma cirurgia (Ana Clara, 12 de maio de 2013).

Ana Clara está fazendo o pré-natal tanto na rede pública como na particular, pois prefere a atenção prestada no Centro de Saúde em relação às consultas. Entretanto, deseja fazer o seu

parto com o médico que realiza as consultas pré-natais no hospital particular. E, assim como Isabela, disse-me ter se sentido influenciada por seu médico particular a fazer uma cesariana.

Na rede pública, a atenção é bem melhor, eles orientam mais a gente, na rede privada, eu senti falta de várias informações. Mas eu quero fazer o parto no hospital particular. Isso, porque eu posso fazer o parto com o médico que já vem me acompanhando no pré-natal, então, ele já conhece os meus medos e os meus receios e vai tentar me ajudar. Agora, em um hospital da rede pública, na hora do parto, eles não vão te dar a atenção que você acha que merece, porque você já tá lá e eles sabem que tem que nascer a criança.

Quando eu cheguei no particular já falei que estava fazendo acompanhamento no posto também e que estava lá porque queria ganhar no particular, mas de forma normal, natural. Aí ele: ‘Nossa, mas são poucas pessoas que querem isso. Mas você tem que ver direito, porque até lá tem que ver o que vai acontecer, tem que saber dos seus exames pra saber se você pode ter normal mesmo’... Ele meio que tentando mudar minha cabeça, porque o natural dói muito, entendeu? (Ana Clara, 12 de maio de 2013).

Essa atenção ao pré-natal que se refere na rede pública é proporcionada também pelas reuniões que são realizadas com algumas mães, onde são orientadas sobre como se portar durante a gestação, os sintomas mais comuns, os benefícios do parto normal, a importância da amamentação e até sobre a motivação.

É interessante notar que na fala de Ana Clara, ela relaciona o parto normal a um parto natural¹⁰. Todavia, quando expliquei que um parto natural seria um parto sem intervenções e perguntei se era esse tipo de parto que gostaria, respondeu-me que quer um parto normal sim, mas dentro das rotinas hospitalares, da mesma maneira de seu parto anterior.

Eu quero um parto normal, o natural não. Não dá! Eu acho que não tenho estrutura. Quando eu tive minha filha, o médico me ajudou, foi normal, mas ele me deu um remédio para ajudar a dilatar, me deu anestesia local e fez o corte e tudo. Se não fosse assim, eu não aguentaria, ela me rasgaria toda. Pelo parto natural eu não optaria, não quero. É uma coisa que é muito dolorida, você sofre muito mais e pode ser sofrimento até para a criança, se ela for muito grande e a mulher não tiver passagem. E acho que não difere tanto você receber uma ajudinha ali. Eu quero normal e quero que o médico me ajude, natural eu não teria coragem (Ana Clara, 12 de maio de 2013).

Presume-se assim que Ana Clara acredita ser a cesariana prejudicial para ela e para o bebê, mas outros procedimentos interventivos como a anestesia, a episiotomia, a ocitocina não. Pelo contrário, facilitariam o parto e diminuiria o sofrimento desse momento. Juliana, citada mais

¹⁰Típico caso de confusão dos termos natural e normal em relação ao parto, na fala das mulheres.

acima no trabalho, quer um parto natural, mas também não está certa se quer um parto sem nenhum tipo de intervenção. E essa pode ser a visão de muitas mulheres: querem ter parto natural ou normal (via vaginal) e, ao mesmo tempo, uma opção de pedir auxílio na hora do parto, caso necessário; não que seja uma cesariana, mas uma anestesia por exemplo. E não percebem que esse tipo de parto normal pode ser tão violento quanto uma cesárea. Ana Clara, na pesquisa, é o típico caso da confusão dos termos normal e natural, o importante para ela é ter o bebê pela vagina; isso é suficiente.

O desejo de laqueadura também pode ser uma das razões para a realização da cesárea. Ana Clara afirmou que a cesárea só seria uma opção a se pensar por causa da laqueadura, visto que ela não deseja ter mais filhos.

Às vezes eu penso em fazer cesariana por conta da operação da laqueadura, porque eu não quero mais ter filho, mas quando eu paro pra pensar nas consequências, eu desisto. É um pouco contraditório: eu quero ter normal, mas eu não quero mais ter filho. Se eu puder fazer laqueadura, eu quero fazer. Mas eu não quero ter cesárea. Minha dúvida é em relação à laqueadura (Ana Clara, 12 de maio de 2013).

Conheci algumas dessas mulheres nos grupos de gestantes e outras conforme se encaminhava o contato de campo. As mulheres dos grupos de gestante do HUB se reuniam todas às sextas pela manhã para falarem de suas experiências relacionadas à gestação e, principalmente, de seus desejos em realizar um parto natural e, algumas outras, um parto normal, como também da insatisfação em não encontrar profissionais de saúde que apóiem esse desejo; se sentiam influenciadas pelo médico do convênio a realizar uma cesariana. E mesmo no hospital público, elas não tinham a certeza de que conseguiriam ter um parto natural ou normal. A maioria das mulheres eram primíparas, mas havia algumas mães; uma enfermeira-obstétrica e alunos de enfermagem, terapia ocupacional, nutrição acompanhavam o grupo.

No grupo de gestantes do UniCEUB, as mulheres se reuniam aos sábados sob orientação de uma doula. A doula orientava-as sobre vários temas como cuidados durante a gestação, benefícios de um parto natural, posições de parto, o trabalho de parto. E as mulheres colocavam as suas dúvidas, expectativas e angústias quanto ao momento da gestação e do parto.

A faixa de idade das mulheres é de 20 a 38 anos, a maioria já tinha mais de 30 anos. Eram mulheres brancas ou pardas, a maioria casadas, apenas duas solteiras. Residem no Plano Piloto (3) e em Taguatinga (3). As mulheres pertencem às classes alta e média e estão ou já

possuem graduação; duas têm doutorado. Com exceção de Isabela, todas as mulheres possuem convênio e trabalham.

As mulheres têm em média um ou dois filhos, apenas Raquel tem 3 filhos. Entrevistei três gestantes: duas mulheres estavam em sua primeira gestação e uma em sua segunda gestação; e três puérperas: duas que tiveram o seu primeiro filho e outra o terceiro. Dentre essas mulheres ocorreram dois casos de aborto.

Das mulheres entrevistadas, a grande maioria prefere parto normal/natural ou, melhor, parto vaginal. Dizem querer parto natural, mas o que observei pelas falas é que esse natural é na verdade um parto hospitalar com as devidas intervenções que acontecem nesse ambiente, ou para amenizar a dor ou facilitar a saída do bebê pela vagina; denominei neste trabalho esse tipo de parto de parto normal. O motivo dessa escolha se deve, principalmente, a dor pontual; a recuperação mais rápida, ao pensamento de que o bebê está mais preparado para vir ao mundo, ou seja, ele vem no seu momento, não é “forçado, arrancado”; e por ser mais natural, não é uma cirurgia e não envolve tantos riscos com uma cesariana.

A grande vilã parece ser a cesárea, salvo para Laís, encaram-na com uma operação, um procedimento que agride o bebê, que pode deixar sequelas e cicatrizes na mãe, dores por dias, meses após o parto ou até mesmo pelo resto da vista.

Apenas duas, das seis mulheres entrevistadas realizaram parto natural, uma no hospital particular e outra na Casa de Parto. Raquel, que teve parto natural no hospital, “burlou” o hospital junto a sua médica e colocou uma piscina no quarto de pós-parto sem autorização, para assim ter o parto que sonhava; parto natural era um sonho seu. Já Michele, que teve parto natural, desejava esse tipo de parto antes de ficar grávida. No entanto, não ficaria frustrada se houvesse uma cesariana, caso necessário. As posições de parto diferenciadas da dorsal nesse campo de pesquisa se deram no parto natural, Raquel de cócoras e Michele sentada de lado.

Apenas uma mulher, Laís, tinha a cesárea como um parto ideal. Era a maneira que ela gostaria de ter seu filho e, assim, se sucedeu: ela escolheu o tipo de parto e o momento de ter o seu filho. Três mulheres desejavam parto normal com intervenção. Ana Clara acredita não ter estrutura física e emocional para um parto natural, deseja mesmo o parto hospitalar e citou a cesariana como uma opção devido à laqueadura. E Juliana, apesar de desejar o parto natural, quer ter a sua disposição algum tipo de medicamento para aliviar a dor, se não conseguir

ganhar seu filho na casa de parto sem intervenção; na Casa de Parto não é dada analgesia. E Isabela também deseja ter esse amparo.

Algumas mulheres como Ana Clara e Michele mesmo com convênio buscam o SUS para realizar o pré-natal ou o parto. A primeira realiza o pré-natal tanto na rede pública como na particular e julga ser melhor a orientação dada no pré-natal no centro de saúde, porém deseja ter o seu filho com o médico que a acompanha no pré-natal particular. E Michele fez tanto o pré-natal como o parto no SUS, pois achava difícil achar um médico que apoiasse um parto humanizado pelo convênio. Juliana também pode pagar pelo pré-natal e parto em hospital particular e diferente de Ana Clara faz o pré-natal no particular, mas pretende ter o parto na casa de parto São Sebastião, visando um parto com o mínimo de intervenções. O SUS é procurado por essas mulheres para terem o filho da maneira que desejam.

Raquel foi a única mulher entrevistada que sonhava com um parto natural e que a realização da cesárea influenciou na decisão de outro modelo. Ao ver as cenas de uma cesárea em um documentário, ela ficou abismada e, em relação à sua própria experiência com a cesárea, disse-me que: “Foi horrível a cesárea, não é um parto é uma cirurgia”.

A maioria das mulheres se sentiu influenciada na escolha pelo modelo de parto seja pelo normal seja pela cesárea. Alguns médicos e os pais de Raquel desejavam que ela tivesse novamente uma cesariana em seu terceiro parto; mas destaco que o fato de sua mãe e avó terem passado pela experiência do parto normal a incentivou a querer a mesma experiência, assim como Michele em relação à sua mãe. Isabela e Ana Clara se sentiram influenciadas pelo médico do convênio a fazer uma cesárea; Michele sentiu o mesmo em relação às suas amigas. E Isabela também foi aconselhada a ter um parto normal pela recuperação, autoestima, dor da anestesia e da cirurgia.

Apenas Laís ficou satisfeita com o modelo de parto cesáreo. As mulheres que realizaram o parto natural e o normal ficaram satisfeitas com o parto e a atenção prestada. E o medo da dor do parto foi citado apenas por Ana Clara e Juliana como motivo para recorrer a algum procedimento interventivo, que não a cesariana (somente Laís recorreu à cesariana para evitar a dor do parto, mas, sobretudo, para controlar esse momento).

Parece-me que o medo aqui, neste campo de pesquisa, não é do trabalho de parto, é da cesárea, é da cirurgia, é da anestesia e, até mesmo, do tratamento dos profissionais. Estamos vivendo um paradoxo: Por que então ocorrem tantas cesáreas? São as mulheres mesmo que

pedem a cesárea? São os médicos que tomam essa decisão? É o modelo assistencial vigente que propõe isso? Quais são as razões para a ascensão da taxa de cesarianas se as mulheres não querem a cesárea?

- Do outro lado da cidade, uma outra experiência:

Parto das Mulheres SUS-dependentes

Realizei um breve campo no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), instituição pública integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). O HRC está localizado na cidade de Ceilândia, a mais populosa do Distrito Federal, com cerca de 400.000 habitantes, segundo a Pesquisa Distrital por Amostras e Domicílios - PDAD 2010/2011. Além de atender seus moradores, o hospital assiste também habitantes de cidades vizinhas, portanto, é grande a demanda de atendimentos. Mensalmente são realizados aproximadamente 600 partos (Enfermeira Emília).

No HRC, o campo foi realizado no período de três semanas, a partir de 15 de maio de 2013. Tardei a entrar no hospital tendo em vista a emissão do parecer favorável à pesquisa pela FEPECS ter ocorrido somente em 13 de maio de 2013. Tratou-se de um outro universo, um outro campo de pesquisa, dada a diferença entre as mulheres até então encontradas e as que ora passo a descrever. A diferença de opiniões, necessidades e expectativas é tão grande que nem mesmo parece que essas e as outras distam somente 40 km.

A diferença a que me refiro é devida, entre outras, à classe social, nível de instrução, dependência do SUS e ao fato de não ter autonomia para escolher o tipo de parto que deseja. Essas mulheres pertencem não mais às camadas alta ou média, mas às camadas populares; não possuem sequer o ensino médio completo quem dirá doutorado. São dependentes do SUS, não buscam a rede pública porque esta é sua preferência como Ana Clara e Michele, mas porque não têm outra alternativa, um convênio, por exemplo. E o tipo de parto que realizam não é, muitas vezes, aquele que desejam, caso quisessem realizar uma cesariana só poderiam se tivessem alguma indicação médica para tal, ou seja, não possuem direito de escolha sobre o modelo de parto.

Entrevistei uma gestante que estava na sala de recepção do Centro-Obstétrico (CO) tomando medicação: soro. Camila saiu do CO porque queria se movimentar para vê se ajudava a aumentar a dilatação (já estava com 3 centímetros (cm)). Chegou ao hospital no dia anterior

pela manhã e reclamava de fome: “Estou doida pra ir embora, estou morrendo de fome”. Dona de um sorriso largo e muito comunicativa, Camila se prontificou rapidamente a participar da pesquisa quando expliquei a ela os objetivos e achou o tema muito importante, principalmente, conhecer qual a satisfação da mulher e implementar um parto humanizado no hospital. Sentamos no banquinho de madeira e ela começou a relatar sua história.

Camila tem 22 anos, dona de casa, ensino fundamental incompleto, mora junto com seu companheiro, camada baixa, evangélica e está grávida de 33 semanas de seu segundo filho. Com um passado obstétrico complicado, está em sua 4ª gestação. Nas duas primeiras gestações o parto foi prematuro, nasceu um natimorto e outro nasceu vivo, mas faleceu horas depois. Contou-me que tem incompetência istmo-cervical, que é a incapacidade do colo uterino conter uma gestação até o termo devido à fragilidade inerente ou adquirida, resultando em aborto tardio ou parto prematuro. Somente na terceira gestação foi realizado um tratamento denominado cerclagem cervical (sutura do colo uterino) para evitar trabalho de parto prematuro; teve o seu filho no HRC por parto normal.

Nenhuma de suas gestações foi planejada, mas ela sonhava em ser mãe. Nessa última gestação, disse-me que começou o pré-natal no Centro de Saúde (CS), mas que por ser uma gestação de alto risco foi encaminhada ao HRC (razão: passado obstétrico complicado). No pré-natal, foi orientada sobre os perigos de sua gestação, os exames que devem ser feitos e os remédios que deve tomar, porém, não lhe explicaram sobre os tipos de parto, seus riscos e benefícios. Por já ter passado por essa experiência, Camila afirmou não ter lhe feito falta essa informação.

Ao relatar as suas experiências relacionadas ao parto, afirmou que não gosta de estar em hospital, que tem medo de gritar e o médico “judiar”. O seu primeiro parto foi prematuro e parece ter sido o que ela ficou mais insatisfeita, reclamou do tratamento dos profissionais. Em sua primeira gestação, uma jovem de 17 anos que acabara de se casar e sonhava em ser mãe, estava ansiosa para conhecer o seu bebê ao nascer. Mas, infelizmente, seu filho nasceu morto e recebeu de maneira dolorosa a notícia.

Queria saber da informação do meu filho, perguntei para o médico e ele respondeu: ‘Ah... Aquele bebê de 500 gramas? Morreu!’. Ele falou isso sem nenhum cuidado. Foi a pior dor para mim. Falta muito médico humanizado (Camila, 22 de maio de 2013).

Para Camila, essa foi a pior dor que já sentiu, a morte de seu filho combinada ao tratamento insensível dos profissionais, contribuíram para esse momento. Os profissionais não demonstraram nenhum cuidado ao falar sobre essa questão tão delicada ou prestaram uma assistência humanística. Camila implorou para receber alta no hospital porque não suportava estar naquele local. Passou semanas chorando em casa.

A segunda gestação também não foi uma experiência agradável. Antes de ganhar o seu filho, não foi feita uma ecografia para visualizar a posição do bebê e na hora do parto, normal, uma surpresa: o bebê foi tirado pelos pés. O bebê estava sentado, segundo a opinião majoritária dos médicos, isto é uma indicação de cesárea, como no caso da primeira gravidez de Raquel. Camila acha que em hospital público eles querem forçar o parto normal, sendo que às vezes nem é isso o que a mulher deseja, nem o que é bom para ela. Antigamente, o hospital era mal visto pelas mulheres.

No primeiro foi a pior dor emocionalmente. Esse foi a pior fisicamente. Eles forçam o parto normal. Antigamente, o hospital era conhecido como matadouro, ninguém queria vir para cá, mas agora já melhorou muito (Camila, 22 de maio de 2013).

Tendo em vista os outros partos e a melhoria da assistência do hospital, Camila considerou o seu terceiro parto: “Tranquilo, não tenho o que reclamar. A assistência foi tranquila”.

Depois da experiência de três partos normais, Camila deseja uma cesariana. Tem a percepção de que é muito angustiante o momento do trabalho de parto por causa da dor, e de que com a cesárea pode-se evitar esse sofrimento. Para ela, se tivessem a opção, todas as mães escolheriam ter seu filho por cesárea.

O parto normal é muito torturante, muito assustador. É muito sofrimento, uma dor angustiante. Pode ir lá dentro que você vai ver as mulheres gritando e chorando de dor. A cesárea é boa que não sente dor. Todas as mães fariam cesárea por causa da dor, as contrações doem muito (Camila, 22 de maio de 2013).

A situação, neste campo de pesquisa, parece ser diferente da de mulheres de camadas médias. Camila, diferente de Raquel, Michele, Isabela, deseja uma cesariana, acredita ser melhor para ela. É diferente até mesmo da percepção de Laís que desejava uma cesariana mais por poder controlar o momento do parto. Camila quer livrar-se do sofrimento e da insensibilidade dos médicos, antes mesmo disse-me que tinha medo de gritar e o médico judiar.

Camila só enxerga uma diferença positiva no parto normal: a recuperação. Mas, ainda assim, quando perguntei se preferia uma cesariana, a resposta foi afirmativa.

A recuperação é muito boa, já pegava meu filho logo depois do parto. A dor que não sente na hora da cesárea, sente depois... Eu faria uma cesariana com certeza. Tô com tanto medo da dor que eu tô querendo cesárea. Mas o que vier tá bom (Camila, 22 de maio de 2013).

Em sua fala pareceu-me que, no HRC, a mulher não possui uma opção de escolha como as mulheres de camadas médias, o jeito é se conformar com o modelo de parto indicado pelo médico: "... o que vier tá bom". Sua expectativa nesse parto é que seja muito rápido, que não seja sofrido ou doloroso. Também, disse-me que está gostando da assistência que prestada, mas parece não gostar de ser atendida por estagiários.

Que seja muito rápido, tranquilo. Que não me faça sofrer. E a assistência tá boa, os enfermeiros são legais, de vez em quando tem um chatinho, mas isso tem em todo lugar né?! Só estagiários que machucam a gente, ontem eu levei um toque que sangrou, mas como eles dizem que é um hospital escola aqui né, nós somos as cobaias (Camila, 22 de maio de 2013).

No momento em que falara sobre profissionais "chatinhos", ela fez careta para uma que estava passando e não a respondeu. Camila ficou duvidosa em ir para o HRC por causa das notícias que relatavam mortes de bebê por bactérias no hospital. O curioso é que a própria enfermeira do hospital a recomendou a procurar outro hospital. "A enfermeira me falou: *Se eu fosse você não viria para cá*".

Quanto à sua percepção sobre parto humanizado, nota-se que está relacionada a ter um acompanhante na hora do parto. E no motivo, surge, novamente, o medo de estar no hospital, falta-lhe confiança nos profissionais. Em nossa conversa, percebi que Camila também cita questões essenciais à humanização: tratamento recebido pelos profissionais de saúde, assistência de qualidade e direito de escolha da mulher.

É ter alguém do lado, o direito dos pais de verem o seu filho, isso dá segurança. Tem muito caso aí de erro médico, de esquecerem algo dentro de você (Camila, 22 de maio de 2013).

A segunda conversa foi com Eliane, 21 anos, casada, dona de casa, ensino médio incompleto, camada baixa, em sua segunda gestação. Ela também estava caminhando para aumentar a

dilatação e contou-me que já tinham lhe dado medicação para ajudar, estava com 1 cm e a abordei na sala de recepção do CO.

O seu primeiro filho nasceu no HRC e o pré-natal foi realizado no CS do P norte. Já o do segundo filho foi realizado no CS do Recanto das Emas. Afirmou ter ficado satisfeita com a assistência que recebeu e que, durante o pré-natal, não sentiu falta de nenhuma informação, inclusive a respeito dos benefícios e riscos de cada tipo de parto. Também, contou-me como foi a sua primeira gestação.

A minha gestação agora está sendo igualzinha a primeira. Ganhei ela com 41 semanas por parto induzido, é uma menina, nasceu nesse mês e tô achando que a essa agora vai nascer no mesmo dia, amanhã (Eliane, 22 de maio de 2013).

Na sua primeira gestação, Eliane não teve dilatação suficiente e os médicos tiveram que induzir o parto. O seu primeiro parto foi normal e disse ter sido ótimo, com exceção das dores que sentiu.

Tirando as dores, foi ótimo. A recuperação é bem melhor, é uma dor só, depois que já saiu não sente mais nada (Eliane, 22 de maio de 2013).

A dor sempre está presente na fala das mulheres quando parto normal e também sua rápida recuperação. Quando perguntei, caso pudesse escolher, qual parto preferiria:

Normal. Não quero ter cesárea, a recuperação é bem pior. É horrível depois as dores, já acompanhei minha tia que teve quatro cesarianas e ela não podia fazer nada, ficava dependendo dos outros (Eliane, 22 de maio de 2013).

Para saber mais até que ponto ela gostaria de ter um parto “normal”, perguntei se gostaria de ter um parto sem nenhum tipo de intervenções, um parto natural. E a resposta foi a mesma de Ana Clara.

Não naturalmente, não. Sofre muito. É muito dor, ainda tem a minha dilatação que é pequena (Eliane, 22 de maio de 2013).

Eliane também está satisfeita com a assistência prestada no hospital, com o tratamento dos profissionais. Pois, no Hospital Regional de Taguatinga ela contou-me que foi mal atendida,

como não fazia parte da população adscrita do hospital, eles queriam que ela procurasse o hospital mais perto de sua residência.

Eles foram muito ignorantes. Perguntaram por que eu não fui para o hospital de Samambaia que é mais perto da minha casa, aí eu falei que lá estava muito cheio e eles responderam assim: ‘Ah devia ter ficado por lá mesmo’. Na mesma hora, eu larguei tudo e fui embora. Tava com 2 cm de dilatação, agora só tô com 1, quem não quer vir agora é minha filha (Eliane, 22 de maio de 2013).

Novamente, o tratamento dos profissionais é uma crítica presente na fala das mulheres entrevistadas. A humanização, então, para Eliane estaria relacionada à relação usuário/profissional: “É ter paciência com o usuário e saber respeitar. Entender que se a pessoa tá ali provavelmente está numa situação de fragilidade e precisando de cuidados”. Dois dias depois, quando visitei a maternidade, encontrei Eliane, que disse-me não ter conseguido realizar o parto normal como desejava, foi feito uma cesariana. Segundo ela, o médico afirmou que não havia dilatação do colo uterino suficiente para um parto normal.

Durante a visita ao CO, tive o prazer de assistir o parto de Luiza, que depois contarei; só adianto que nunca tinha assistido um parto antes. Por sorte, encontrei Luiza na maternidade, dois dias após o seu parto, e pude conversar com ela. Luiza, 26 anos, casada, dona de casa, 2º grau completo, camada baixa, evangélica, teve o seu segundo filho no dia 22 de maio de 2013 no HRC. Tanto a primeira como a segunda gestação foi planejada. Seu primeiro filho nasceu nesse mesmo hospital por parto normal e o pré-natal de ambos foi realizado no Centro de Saúde mais próximo de sua residência, na Ceilândia. Em sua visão, recebeu todas as informações relacionadas à gravidez e ao parto durante o pré-natal, com exceção da cesárea.

No pré-natal foi ótima a assistência, tiravam as dúvidas, davam palestras sobre o parto, cuidado com o bebê, como agir na hora da contração, alimentação. Explicaram como é o parto normal, que é melhor, que a recuperação é mais rápida. Só não explicaram muito sobre a cesárea, porque como só é feita em último caso acho que não precisa (Luiza, 24 de maio de 2013).

Durante o parto, não havia ninguém da família, amigo ou conhecido ao lado de Luiza. Disse-me que não foi informada sobre a possibilidade de ter um acompanhante, somente ficou sabendo quando chegou ao CO e viu outras mulheres acompanhadas e perguntou a enfermeira se poderia e esta confirmou. Porém, como já estava em trabalho de parto quando chegou ao

hospital não daria para alguém da sua família chegar a tempo. Parece-me que a informação no pré-natal não foi tão completa assim como ela pensava.

A percepção do parto normal de Luiza é aquela transmitida em seu pré-natal. Também destacou o sofrimento presente nesse momento e fato de ser mais saudável para a mãe e para o bebê. Já quanto à cesárea, enxerga-a como um meio de aliviar a dor.

No parto normal a recuperação é mais rápida, é mais saudável. Mas foi muito difícil, eu sofri muito com a dor. A cesárea consegue eliminar essa dor, mas tem a dor depois. E é um corte, tem a anestesia e riscos (Luiza, 24 de maio de 2013).

Luiza estava satisfeita com o parto normal, pois: “A dor é só quando a criança tá dentro e a cesárea tem dor também, mas depois”. No entanto, contou-me que chegou a pedir para a médica que a acompanhava no pré-natal a cesárea, pois estava com medo da dor parto e, que se pudesse ter escolhido, iria fazê-la. Para ela, a mulher deveria poder escolher o tipo de parto que quer.

Eu queria fazer cesárea, estava com medo. Já sofri um bocado, e fiquei com medo do parto normal, de passar pelo mesmo processo do outro parto. Pedi pra médica no posto, mas ela disse que é no hospital que é avaliado (Luiza, 24 de maio de 2013).

Pude notar que durante o seu trabalho de parto e parto ocorreram algumas intervenções: soro para aumentar as contrações, provavelmente com ocitocina sintética; episiotomia; anestesia; e Manobra de Kristeller. As três primeiras intervenções já foram explicadas no decorrer do trabalho e a Manobra de Kristeller consiste numa manobra feita durante as contrações para acelerar o parto e quando há dificuldade na expulsão do bebê, onde alguém da equipe médica faz pressão sobre o abdômen da mulher visando empurrar o bebê em direção à vagina. Luiza afirmou não ter sido perguntada sobre essas intervenções e nem sabia no que consistiam. No entanto, achava que pode ter sido melhor para ela e o bebê.

Não perguntaram se eu queria, mas sei que é obrigado. Gostar, a gente não gosta. Mas fazer o que? Se for para ajudar... As minhas contrações eram muito pequenas e o meu bebê era muito grande não ia dar pra sair sem o corte. Machucou a médica fazendo força em mim para o bebê sair, dói muito e ainda junta a dor da contração, mas ajuda a descer (Luiza, 24 de maio de 2013).

Disse-me ter ficado satisfeita com a assistência ao parto: “Foi ótima a assistência, o atendimento”. E o parto humanizado, na sua percepção, está relacionado ao tratamento dos profissionais: a relação entre os profissionais de saúde e as mulheres deveria estar pautada no respeito.

Marina, 30 anos, separada, ensino médio incompleto, camada baixa, dona de casa, católica, teve o seu quarto filho há uma semana em casa, está no HRC para a realização de exames de seu filho que estava com icterícia. Contou-me que vive com uma renda de 250 reais mensais. Trabalhava como recicladora e teve que largar o emprego quando ficou grávida, pois não podia ficar abaixando para catar latinhas; agora recebe auxílio da sogra, do pai do bebê e do programa Bolsa família.

Nenhuma de suas gestações foi planejada, não usa anticoncepcional porque lhe causa enjoos, mas usa preservativo durante a relação sexual. O motivo de ter engravidado, segundo ela, foi que todas as camisinhas estouraram. Esse é o seu quarto filho, mas o seu sexto parto, em dois partos a criança nasceu morta e ela desconhece os motivos: um porque não entendeu o laudo médico dado pelo hospital e o outro porque os médicos não descobriram a causa.

O pré-natal não foi realizado por completo em todas as gestações. Na primeira gestação, só descobriu que estava grávida no 7º mês, a partir daí começou a fazer as consultas semanalmente. E já na última gestação, começou a fazer o pré-natal, mas desistiu pela dificuldade de se locomover de sua casa até o Centro de Saúde em que estava cadastrada. Os outros pré-natais, disse-me ter realizado normalmente e que foi informada sobre o parto normal, cesárea, amamentação e cuidados com o bebê.

Na primeira gestação eu só vim descobrir com 7 meses. Era bem gorda, então não dava pra ver e menstruava normalmente, até tomava o anticoncepcional. Só que comecei a enjoar, passar mal e me falaram que eu devia estar grávida. Fui fazer a ecografia e estava pra completar 8 meses. Nesse agora eu só fiz 2 consultas, não dei conta de ir nas outras. Teve uma que até cheguei a ir, mas no meio do caminho voltei. Tava passando mal, o posto é muito longe e eu ia a pé. No posto mais perto de casa não tinha pré-natal e eu já tava cadastrada no outro posto (Marina, 24 de maio de 2013).

Quando perguntei qual o tipo de parto que tinha vivenciado, de início, esqueceu-se de mencionar que já tinha feito uma cesárea. Marina tem para si que o parto normal é melhor do que uma cesariana, pois a dor do parto normal seria uma dor pontual, diferente da cesariana que julga ser durante um período maior e uma dor mais intensa.

O parto normal é bem melhor, o neném saiu e a dor vai junto. Apesar de que eu nunca fiz cesárea. Pera aê... Já fiz uma cesárea sim, agora que lembrei *[risos]*. Foi quando a criança morreu na minha barriga. Tem tanto tempo que nem lembro direito, uns 10 anos. Mas foi horrível, quase morri de dor depois que a anestesia passou, a dor é triplicada na cesárea (Marina, 24 de maio de 2013).

Afirmou ter sido parecida as outras gestações e os partos também, salvo o último que foi um parto em casa e, portanto, natural.

Só esse aqui que foi tão rápido, que não deu nem tempo de chegar no hospital. Ganhei em casa mesmo. O bom de ter em casa é que não precisou ficar na sala com o povo enchendo o saco da gente. O ruim é que a criança fica muito tempo aqui no hospital pra saber se está tudo bem (Marina, 24 de maio de 2013).

Contou-me, também, que só vai ao hospital quando sente que está perto de ganhar o neném, por isso, seu último parto ocorreu em casa. Ela começou a sentir a sentir as contrações em casa e esperou aumentar para poder ir ao hospital, mas quando deu por si já estava parindo de cócoras. Não deu tempo de ir ao hospital, só chamou a ambulância depois; foi um parto natural. Marina não gosta de ficar internada muito tempo no hospital, tanto é que acha que o ideal seria a mulher ficar no máximo 24 horas depois do parto. Hospital não é um lugar prazeroso para se está, mas perceba que somente neste tópico as mulheres enfatizam isso.

Ela se sentiu satisfeita com a assistência prestada: “Nenhum me maltratou e falou mal comigo. As enfermeiras são legais, elas brincam, conversam”. E uma assistência humanizada, na sua visão, é: “Do jeito que foi, sem muita conversinha”. Todavia, ela dá a entender na conversa que também está relacionada à relação com os profissionais.

E a última mulher que entrevistei no HRC, foi Talita, 36 anos, “mora junto”, manicure, ensino fundamental incompleto, camada baixa, acredita em Deus e teve seu 5º filho há dois dias no HRC. Nenhuma gestação foi planejada. Realizou o pré-natal em todas as gestações, porém, de acordo com ela, somente no último foi informada sobre os tipos de partos, parto humanizado, planejamento familiar, amamentação. Os outros se baseavam em exames médicos.

Nunca tinha ouvido falar de planejamento familiar, de como se toma corretamente o anticoncepcional, que tinha um horário rigoroso. Se soubesse disso não teria esse tanto de filho, não sabia me prevenir. Às vezes eu começava a tomar no 5º da menstruação, ou qualquer hora do dia. Agora melhorou muito, eles orientam mais, tem as palestras no posto. Tava fazendo

aqui no HRC o pré-natal de alto risco, mas desisti e fui para o posto, lá é bem melhor (Talita, 24 de maio de 2013).

Assim como Ana Clara, Talita fez menção às palestras realizadas no Centro de Saúde em que as mulheres são orientadas sobre vários temas; mostrando como são importantes. Disse-me também que a falta de informação faz com que a mulher fique perdida no momento do parto. Mesmo já tendo passado por outros partos, julga ser importante receber informações sobre o parto para que a mulher se sinta mais tranquila, esteja ciente do que pode acontecer.

Você não sabe como é, aí vem o médico ou enfermeiro e fala: “Ah... Essa daí já teve 100 filhos!”. Eles têm que entender que cada parto é um parto. Tem que explicar (Talita, 24 de maio de 2013).

Talita passou tanto pela experiência do parto normal como da cesariana; foram 2 partos normal e 3 cesarianas, segundo ela, todas com indicação médica. Sua percepção sobre o parto normal não é positiva, mostra sua preferência pela cesariana.

Ah, não gostei muito não. Foi muito sofrimento, fiquei muito tempo com contração, sentindo dor. Peguei trauma, tem 14 anos e nunca esqueço essa dor, 16 horas sentindo dor. Eu prefiro cesárea. Dessa, eu tô me sentindo ótima, nem parece que fiz cesárea (Talita, 24 de maio de 2013).

O trauma com o parto normal parece ser decorrente não só da dor do processo do parto, mas também do tratamento dos profissionais, como no caso de Camila. Quando ela estava gritando com dores, isso há 14 anos, uma enfermeira a repreendeu: “Não adianta gritar não, na hora que tava no bem bom você não gritou não né?!”.

Isso é coisa de se falar para uma mulher que tá sentindo dor. Não tem como ficar calado numa dor dessas. Quanto mais a gente grita, mais longe elas ficam, não vão te socorrer (Talita, 24 de maio de 2013).

Nesse parto, disse-me que está satisfeita com a cesariana e com a assistência prestada. E comparou com a assistência que recebeu nas outras cesarianas.

Nas outras as enfermeiras não ajudavam a levantar da cama, a tomar banho. Falavam: ‘Bora mãezinha, levanta. Aqui ninguém ajuda ninguém não’. Eu não dava conta nem de falar. Se você tá tendo a primeira cesárea não sabem nem como é, tem medo até de levantar da cama e rasgar os pontos. Dessa vez parece até que fui atendida no hospital particular. Até estranhei: Será que é comigo mesmo? (Talita, 24 de maio de 2013).

Talita manifestou desejo de ir para sua casa, reclamou do fato de está no hospital há 48 horas e não ter recebido alto ainda. O motivo de querer ir embora é que tem outros filhos pequenos para cuidar e seu marido teria que ir trabalhar, pois não tem carteira assinada e, portanto, o direito aos cinco dias para acompanhar a esposa após o nascimento do filho. Reclamou também de seu marido não poder ter ficado com ela na maternidade.

Teve uma mulher que ganhou depois de mim e já foi embora. A gente tem que ficar se humilhando pra ir embora e ainda vem a enfermeira debochar: 'Num falei que é só com pediatra'. Eu tenho 3 filhos pequenos pra cuidar. Se não, podia me deixar aqui até 1 ano, seria bom demais, só comendo, dormindo. Eles falaram que tinha direito a acompanhante e não deixaram meu marido ficar aqui comigo no quarto. Perguntaram se eu não tinha outra pessoa, mulher, porque homem não pode. Eles não entendem que não é todo mundo que tem uma mãe, uma sogra pra tá junto (Talita, 24 de maio de 2013).

Por ser somente um quarto para seis mulheres, não foi permitido que o marido de Talita passasse a noite com ela. Ademais, não tinha estrutura no hospital público, uma cama, um sofá ou cadeira como no hospital particular; a mulher não tem a liberdade de compartilhar esse momento com sua família sem a presença de outras mulheres e famílias. No CO acontece o mesmo, os quartos são separados por cortina, as mulheres conseguem ouvir o sofrimento e o choro de outras mulheres em trabalho de parto mesmo distantes, como Camila afirmou. Talita também disse-me que ficou constrangida, pois o acompanhante de uma mulher viu suas nádegas quando abaixou; a camisola é aberta atrás.

Talita revelou que tinha medo do parto, se seria um parto normal ou uma cesárea, se esperariam ela sofrer para depois encaminhar para cesárea, se seria bem tratada. E que desejava mesmo uma cesárea também por conta da laqueadura. Desde a primeira cesárea estava tentando fazer a laqueadura, mas só agora com o laudo do médico conseguiu.

A humanização, para ela, assim como para a maioria das mulheres entrevistadas no HRC, está relacionada com o tratamento dos profissionais, um tratamento respeitoso, mas também associa à informação dada à mulher. Por meio de sua fala, pude notar que, considera a assistência à saúde de qualidade e um parto humanizado: um direito seu.

Parto humanizado é tratar com respeito. Deixar a mulher tranquila, orientar. Ninguém tá aqui pedindo favor, eles estão ganhando por isso (Talita, 24 de maio de 2013).

Como já mencionei, as entrevistas se deram no CO com mulheres em trabalho de parto e na maternidade com as puérperas. O ambiente hospitalar talvez não tenha propiciado a pesquisa, algumas mulheres já me perguntavam de início se não iria prejudicá-las ou o que aconteceria caso respondessem. Senti que quando algum profissional se aproximava, elas paravam de falar. Outras, no entanto, já aumentavam o tom de voz para o profissional ouvir mesmo, principalmente quando se tratava de uma indignação sua.

Na maternidade, algumas mulheres reclamaram da falta de recursos e da limpeza do hospital: ‘Eu tô com esse lençol aqui lá do CO, é o mesmo lençol da cesárea. Não adianta nada colocar cama nova, vim aqui toda hora higienizar a cama, as coisas, se nem os lençóis eles trocam’ (Talita e Sofia, 24 de maio de 2013). Outra reclamação foi referente ao tratamento dos profissionais na hora do parto, disseram-me que não deixam a mulher gritar: “Quanto mais uma mulher grita, eles fingem que não veem, deixam ela sofrer sozinha. Tem umas enfermeiras que ficam falando: Ah! Na hora de fazer a criança você não gritava assim, não pensou nisso” (Marina, Talita e Jussara, 24 de maio de 2013). Talita, por exemplo, contou-me que foi vítima dessa agressão há 14 anos, e as demais mulheres no quarto afirmaram que presenciam cenas como essa até hoje.

A faixa etária das mulheres do HRC, no momento da entrevista, também se concentrou na casa dos 20 e 30 anos. Porém, no outro campo de pesquisa, a maioria das gestações ocorreu quando a mulher já estava nessa faixa de idade e neste campo todas as mulheres engravidaram mais novas, antes dos 20 anos, ou seja, dão à luz em faixa etária diferente. Predominou, no HRC, mulheres pardas (2) e negras (3) e com níveis de escolaridades e renda mais baixos. Todas as mulheres pertencem às camadas populares, uma vive em condição paupérrima e de vulnerabilidade: cria 4 filhos com 250 reais mensais e auxílio de programas de transferência de renda do governo. Somente uma possui nível médio completo, duas não chegaram a terminar o ensino fundamental e outras duas o ensino médio. Com exceção de Eliane que reside no Recanto das Emas, as demais residem na Ceilândia.

Somente Talita trabalha, mas, informalmente como manicure, as outras não têm trabalho remunerado. Nenhuma das entrevistadas possui convênio ou realizou algum pré-natal e parto em hospital particular, buscam o SUS porque realmente precisam e não têm outra opção. Salvo Marina que teve um parto natural, em casa e de cócoras, todas as mulheres tiveram seus filhos em um hospital público, na posição tradicional e com intervenções. A maioria dos

partos ocorreu no HRC, nenhuma mulher, no momento da entrevista, procurara o hospital pela primeira vez para dar à luz.

Outra diferença, em comparação às entrevistadas de camadas médias, é a taxa de fecundidade. Dentre as outras mulheres o número de filhos e de gestações, incluindo os casos de aborto, era menor; apenas Raquel teve 3 gestações e 3 filhos. No hospital não entrevistei nenhuma primípara, 3 mulheres já passaram por mais de 3 gestações (4, 5, e 6 gestações) e 2 têm mais de 3 filhos (4 e 6 filhos). O número de abortos/morte do feto também é maior, 4 crianças ou nasceram mortas ou morreram pouco tempo depois do nascimento.

Nesse universo, três mulheres têm preferência pela cesariana. Camila deseja a cesariana tendo em vista as experiências que teve com o parto normal, tem medo da dor e da assistência prestada pelos profissionais de saúde. Talita também prefere a cesárea, os motivos são os mesmos, além do desejo pela laqueadura. Luiza ficou em dúvida quanto a sua preferência, estava satisfeita com o parto normal que realizou, mas durante a gestação desejou a cesariana, pois estava com medo de ter um parto doloroso como na sua primeira gestação.

Camila, Talita e Luiza foram as três mulheres em que a realização do parto normal influenciou no desejo de outro modelo. No entanto, essas mulheres não têm a autonomia de escolher o tipo de parto que desejam, ou seja, não lhes é dada a opção de fazer uma cesariana como Laís, a não ser com indicação clínica.

Eliane passou pelas duas experiências e ficou satisfeita com ambas, mas ainda assim prefere o parto normal devido à recuperação. De fato, um parto normal, pois não optaria por um parto natural, sem intervenções por causa da dor e da dilatação mínima. E Marina, a única mulher deste campo de pesquisa que teve filho em casa e, portanto, um parto natural, pareceu-me pelas suas falas que mais que estimar o parto normal, estima o parto natural. Já que teve um parto em casa desassistida por profissionais de saúde e ficou realizada, segundo ela, “... Não precisou ficar na sala com o povo enchendo o saco...” (Marina, 24 de maio de 2013).

As mulheres que descrevi, neste campo de pesquisa, não declararam terem sido influenciadas por outras pessoas para realizar determinado tipo de parto. Pelo contrário, Camila até acredita que no hospital público eles forçam o parto normal e disse-me que no pré-natal não recebeu informações sobre os tipos de partos, assim como Luiza que só foi informada sobre o parto normal. Apenas uma mulher de todas entrevistadas neste campo e no outro, Marina, não realizou o pré-natal por completo, foi apenas a duas consultas.

Diferente do tópico anterior, o medo do trabalho de parto e da dor é citado como motivo para recorrer a uma cesariana, assim como o tratamento dos profissionais. Aliás, o tratamento dos profissionais esteve presente em todas as falas ou como motivo para uma cesariana, ou como determinante na satisfação das mulheres com o tipo de parto e a assistência prestada, ou na percepção de um parto humanizado. O parto vaginal é interpretado pela maioria das mulheres como um parto traumático seja pelo sofrimento e dor presente nesse momento, seja pela assistência prestada pelos profissionais de saúde, com técnicas interventivas e dolorosas, e um tratamento desumano e insensível. A cesárea, então, se constitui uma alternativa de parto seguro e digno. E já a humanização está associada ao direito de escolha da mulher sobre o tipo de parto, às informações recebidas durante o parto e trabalho de parto, a ter um acompanhante de sua preferência no momento do parto e, sobretudo, a uma assistência de qualidade, pautada no respeito e na solidariedade.

- O que os profissionais de saúde têm a dizer...

Dos dois lados da cidade

Eu gosto muito do parto normal, eu acho muito humano. A mãe tem uma participação ativa, é a personagem principal do parto, é muito bonito ver aquele encontro da mãe e toda aquela dinâmica do nascimento, a recuperação para mãe é melhor e mais rápida. É também um método mais natural, é uma anestesia menor, é um corte menor. Mas, algumas vezes, o parto normal não deveria ser chamado de normal, ele não termina tão bem, há um sofrimento muito grande para mãe e o bebê, não tem condições favoráveis pra ter aquele parto normal ou a mãe não estava preparada. E acho que a cesariana também é muito importante, hoje muitas mães e muitos bebês são salvos por causa da cesariana. Eu não sou daquele médico que condena um ou outro, eu acho que os dois partos são importantes, são formas boas de ter o bebê (Pedro, 6 de maio de 2013).

Hoje temos três focos de nascimentos. Um seria a operação cesárea, que não é um parto, porque a própria palavra parto significa parir, dar à luz, seria expulsar o bebê de dentro da barriga da mãe, que é um ato que não acontece naturalmente através da cesárea; então, primeiro de tudo é considerar a cesárea uma operação e não como um parto. Existe o parto normal, que é o parto feito via vaginal, mas ainda dentro das rotinas, seria a mulher deitada na cama em posição dorsal, ginecológica, às vezes. E o parto humanizado, que é uma outra forma de parir, seria a mulher dominando a cena do parto, ela escolhe a maneira como quer parir, a posição, se ela quer a presença dos profissionais dentro da sala, a presença do acompanhante; é o parto natural, com o mínimo de intervenção possível (Lúcia, 3 de maio de 2013).

O significado que os profissionais de saúde dão a esse momento também é muito importante na busca pela humanização e pela qualidade da assistência, no sentido de fortalecer o papel da mulher como protagonista desse momento e desestimular práticas intervencionistas, mas, sobretudo, nos contam mais sobre os modelos de parto no DF.

A primeira posição externada nos trechos acima transcritos sobre os tipos de parto é de Pedro, médico-obstetra de um hospital particular e a segunda é de Lúcia, enfermeira-obstétrica da Casa de Parto do DF. Apesar de compartilharem a mesma visão do protagonismo da mulher no parto normal, têm interpretações diferentes em torno da cesárea e da humanização.

Lúcia também é consultora do Ministério da Saúde para os assuntos da Rede Cegonha e trabalha em uma clínica particular que atende partos domiciliares. Em sua residência de enfermagem, contou-me que foi para a Amazônia trabalhar durante três meses com parto indígena e que foi o local em que mais conseguiu se desvencilhar das intervenções médicas, por ser o parto indígena um parto natural. A partir daí cresceu o seu interesse pelo parto humanizado. Deixou claro que, em seu entender, a cesárea não é um parto, é uma operação e, que o parto natural é um parto sem procedimentos interventivos, só a mulher domina a cena do parto (o parto humanizado). Para explicar o alto número de cesáreas no Brasil, Lúcia comentou:

É muito moldado pelo modelo médico que influencia as mulheres. Os médicos têm medo de acompanhar o parto natural, porque nele pode acontecer n coisas e às vezes imprevisíveis, o que faz com que eles se resguardem nesse cenário do parto através da cesariana; ou então eles não querem ou não podem acompanhar um trabalho de parto porque é muito laborioso, pode levar um dia inteiro. E há também o mito da dor do parto, que a mulher acha que é uma dor desnecessária, que hoje ela não precisa passar por isso por conta da tecnologia da operação, que ela não vai sentir dor, que é melhor a cesariana para não sentir nada (Lúcia, 03 de maio de 2013).

De acordo com essa interpretação, a prática médica “hospitalocêntrica” voltada para a tecnologia e intervenções fez com que o médico ficasse receoso pela forma em que se encaminha o parto natural e pelas intercorrências que podem surgir. Sua preferência parece ser pela cesariana, um método que ele pode controlar. Já a mulher faz a mesma opção para evitar a dor do trabalho de parto.

Diferente de Lúcia, Pedro considera que o parto normal mesmo dentro das rotinas é um parto natural, aliás, já podemos notar em sua fala como um parto normal está associado a

intervenções: “é uma anestesia menor, é um corte menor”. Já a cesárea seria um procedimento para salvar vidas. No entanto, em outras de suas falas, percebe-se que a cesárea está muito mais associada a ideias de controle, segurança e comodidade. E que, diferente do que ocorria no passado, em que só era realizada em último caso, para salvar a vida da mãe e/ou do bebê, hoje, muitas vezes, é marcada eletivamente, sem justificativas médicas plausíveis. No hospital em que trabalha, Pedro afirmou que em média 80% dos nascimentos ocorrem por cesariana e 20% por parto normal e que é raro não ter nenhum tipo de procedimento interventivo durante o parto.

O aumento das cesarianas no hospital particular uma parte é porque a própria mãe tem essa preferência e a outra parte é porque os médicos têm a opção de fazer a cesariana. A mãe prefere agendar um horário para estar fazendo o parto porque gostaria de ter o parto com o próprio médico que ela vem fazendo o pré-natal, que ela confia, ela fica insegura de ter o parto com o médico do plantão; ou a mãe quer marcar um horário que seja mais fácil para ela estar aqui, para que o marido possa estar presente; muitas vezes, não chega nem a entrar em trabalho de parto, é uma escolha pessoal. E, muitas vezes, o próprio médico escolhe o parto por não ter tempo para estar acompanhando o trabalho de parto normal, ele apresenta os horários em que está disponível para a mãe (Pedro, 6 de maio de 2013).

Pedro corrobora com a percepção da enfermeira obstétrica sobre a disponibilidade do médico para acompanhar o parto normal e coloca em questão a criação do vínculo da mãe com o médico que realiza as suas consultas pré-natais como um fator para a opção da cesárea. Então, o desejo da mãe de ter o parto com o médico que ela escolheu e de poder marcar o momento do parto, aliado a falta de tempo do médico para acompanhar o trabalho de parto, seriam os principais fatores que contribuem para o aumento da taxa de cesarianas, na percepção de um médico de um hospital particular.

Já no hospital público, não é a disponibilidade e o receio do médico em acompanhar um parto normal, nem o desejo da mulher de ter o parto com o médico do pré-natal e muito menos o medo da dor que determina uma cesariana. Emília, enfermeira-obstétrica do Centro Obstétrico do HRC, afirmou que neste hospital são realizados aproximadamente 600 partos mensalmente e que as cesarianas ocorrem quando há indicação médica por problemas maternos, fetais ou ambos. Conforme a enfermeira obstétrica, a mulher não escolhe o tipo de parto que ela quer. Quanto à cesárea, Emília partilha da mesma ideia de Lúcia, ou seja, de que trata-se de “uma operação, na qual a criança não nasce, é extraída”. Acrescenta também que, em uma cesariana há maiores riscos de infecção, recuperação /tardia e maior tempo de internação.

O parto normal é menos traumático para mulher do que a cesárea, é um processo fisiológico. A criança nasce, não é extraída; no normal, ela respira naturalmente, porque quando passa pelo canal vaginal ele massageia o tórax da criança, na cesárea ela é forçada a respirar. A cesárea é uma cirurgia muito grande, precisam ficar de jejum por causa da anestesia, tem um risco de infecção maior, a recuperação demora mais e o tempo de internação também. Não é boa pra mãe, nem pra criança. As cesarianas são todas por indicação médica quando tem problemas maternos ou fetais, ou os dois (Emília, 24 de maio de 2013).

Vanda, técnica em enfermagem, também trabalha no CO do HRC e percebe o parto normal melhor do que a cesariana, tanto para mãe como para o bebê em virtude da recuperação e dos riscos de infecção da cirurgia. Confirmou que as cesarianas realizadas são todas com indicação médica e que muitas mulheres chegam a pedir cesárea durante o trabalho de parto por causa da dor, mas tal pedido não é atendido. Julga que, na maioria das vezes, esse pedido se dá porque as mulheres não conhecem os benefícios e riscos de cada tipo de parto e como são realizados os procedimentos interventivos.

É bem melhor parto normal, a recuperação é bem melhor, a mãe já pode amamentar. A cesárea é muito perigosa, é uma cirurgia muito grande, ainda tem a anestesia e maiores chances de infecção na cesárea. E depois elas não podem pegar logo o bebê, tem que ficar parada, sem conversar. Elas pedem a cesárea na hora do trabalho de parto, quando a dor começa já ficam doidas pedindo. Tem mulher que já chega aqui pedindo cesárea. As mulheres preferem a cesárea por causa da dor. É raro querer normal, mas depois que passa elas veem o quanto é melhor ter feito parto normal. Elas pensam que corta só a barriga e não o útero (Vanda, 24 de maio de 2013).

A falta de informação e despreparo, na visão dos profissionais da rede pública, parece influenciar o desejo da mulher pela cesárea. Emília contou-me que um número bastante expressivo de mulheres não faz pré-natal ou não é informada durante o pré-natal sobre os cuidados para uma boa gestação, os tipos de partos, como se encaminha o trabalho de parto e o parto e, além disso, não possuem uma estrutura financeira e social para proporcionar estabilidade à criança que vai nascer. Assim, segundo ela, as mulheres desconhecem os riscos de uma cesariana, por isso a pedem durante o trabalho de parto, por medo da dor; isso quando primíparas ou quando não tiveram uma experiência agradável com o parto normal.

As pacientes são desinformadas, não fazem pré-natal ou não têm um bom acompanhamento. Muitas já chegam aqui em trabalho de parto, elas são uma caixinha de surpresa, a gente não sabe como foi a gestação dela, como ela tá, como a criança tá. Fazemos parto normal e, às vezes, pode ser até uma

indicação de cesárea. A maioria das gestações não é planejada, as mulheres não têm estrutura pra criar a criança. Quem nunca teve filho quer cesárea quando começa a sofrer muito, porque ouviu falar que a cesárea é melhor, que não sente dor. Elas não conhecem, mas ouviu falar que a cesárea é boa. Se a mulher teve parto normal continua querendo parto normal e se teve cesárea continua querendo-a também. Mas, algumas vezes, quando já tiveram a cesárea mudam a opinião e querem o parto normal (Emília, 24 de maio de 2013).

Pode-se perceber que Camila, apresentada no tópico anterior, é um típico caso do que Emília denomina como “caixinha de surpresa”. Camila chegou ao hospital já em trabalho de parto prematuro e não havia feito uma ecografia para avaliar a posição do bebê que estava sentado. De acordo com o Dr. Pedro, essa seria uma indicação de cesárea. E entrevistadas, que fizeram o pré-natal tanto na rede pública como na rede privada, dizem terem sentido falta de informações relacionadas ao parto durante o pré-natal, como Camila e Raquel.

O pré-natal é visto por todos profissionais de saúde entrevistados como o principal meio de alcançar as informações, onde o profissional explica para mulher o que é o parto, a prepara para esse momento, tira as suas dúvidas, diagnostica infecções, malformações e doenças, evita complicações durante a gravidez. O pré-natal é essencial para um parto sem complicações e um parto natural, ademais pode ajudar a eliminar o medo desse momento.

A respeito dos procedimentos interventivos que não a cesariana, Emília declarou ser verdade que são utilizados com frequência durante o trabalho de parto no hospital, como a episiotomia, o soro e a ocitocina. E que esse uso generalizado ocorre, principalmente, por falta de recursos materiais e de recursos humanos, mas não só por isso, a falta de um acompanhamento de qualidade durante a gestação no pré-natal também se constitui um entrave à realização de um parto natural.

Aqui a gente coloca ocitocina porque não temos recursos, não tem uma bola, uma banheira com água quente pra mãe ficar, alguém para massagear mãe e ajudar a aumentar a dilatação... A ocitocina faz mal para o bebê porque aumenta os batimentos cardíacos, o bebê fica cansado, por isso só é colocado no último momento. E a episiotomia é feita para não dilacerar a musculatura do períneo, geralmente no primeiro parto ou quando o bebê é muito grande. É feita no período expulsivo e quando o bebê já está aparecendo, a mãe já dilatou tudo que tinha pra dilatar. O ideal seria que fosse feito só 30% de episiotomia, mas tem bem mais porque é melhor para não dilacerar a mãe e facilita para o obstetra também porque a sutura é uma linha reta. É esteticamente mais bonito também. O parto natural é melhor, é o mais indicado. Mas isso quando a mãe tem um acompanhamento pré-natal bem feito e a gente sabe como ela e o bebê está. Lá na Casa de Parto, você pode

ver que tem um monte de critério pra mãe parir, tem que ter feito o pré-natal completo (Emília, 24 de maio de 2013).

Questionei Emília quanto à necessidade das intervenções e disse-me que trata-se de uma escolha médica e que são necessárias ao trabalho de parto. A episiotomia só seria feita no período expulsivo para facilitar a saída do bebê e não lacerar o períneo; e a ocitocina quando está no final do trabalho de parto e a mulher com dilatação total do colo uterino, mas sem forças para expulsar o bebê.

No entanto, Emília deu a entender que seria possível um trabalho de parto sem ocitocina se houvesse outros recursos que ajudassem na dilatação do colo uterino da mãe. E parece-me que a episiotomia poderia ser feita também por comodidade do obstetra e por este pensar que, para mãe, é esteticamente mais bonito uma sutura em linha reta do que em zigue-zague na região do períneo. Percebi também, durante o campo, que o soro ou algum medicamento era usado para acelerar o trabalho de parto quando a mulher já estava no hospital há algum tempo com dilatação do colo e a mesma não era suficiente para que desse à luz ao neném, ou seja, para acelerar as contrações.

O médico, Pedro, disse-me também que é possível, mas raro, um parto natural, sem nenhum tipo de procedimento interventivo, no hospital particular.

Existe o parto natural, sem nenhuma intervenção, no qual não se põe soro, não se põe ocitocina, não precisa fazer episiotomia. Isso é possível, depende da situação de cada mãe, da posição do bebê, do tamanho do bebê, da musculatura da vagina daquela mulher, da elasticidade do períneo. Alguns partos são totalmente naturais ou com pouquíssimas intervenções, mas são muito poucos. Em outros partos, é colocada a ocitocina para aumentar a intensidade das contrações ou para acelerar a velocidade das contrações. Outras vezes, é feita a episiotomia, a episiotomia é feita no intuito de preservar o músculo da vagina. Porque, às vezes, a própria pressão do bebê ao passar pela vagina pode provocar vários cortes até maiores que o da episiotomia e em sentidos mais delicados, em direção à bexiga, em direção ao ânus (Pedro, 6 de maio de 2013).

Lúcia tem uma visão diferente acerca da necessidade dos procedimentos interventivos utilizados, concordou que trata-se de uma escolha médica, porém, que o uso dos mesmos durante a assistência ao parto nos hospitais, públicos e privados, se dá de forma indiscriminada. Novamente, a comodidade dos médicos aparece como um dos motivos para a realização da episiotomia.

Os médicos gostam muito de fazer a episiotomia, porque se você fizer ela bem profunda atingindo o músculo do períneo da mulher não tem laceração, alarga a saída do bebê com esse corte. Hoje, não existe uma indicação para fazer ou não uma episiotomia, com certeza é uma escolha médica. A laceração para suturar é irregular, dá um pouco mais de trabalho, já a episiotomia se faz retinha com o bisturi, então para o médico é mais fácil de suturar uma episiotomia. Mas, a mulher que tem uma laceração pós-parto é melhor, porque ela vai ser mais superficial do que fazer essa incisão com bisturi e o anestésico. A Casa de Parto tem uma porcentagem de 3% de episiotomia e, conversando com uma residente do HRAN (Hospital Regional da Asa Norte), ela disse-me que lá é de 88% de episiotomia. A gente vê que onde tem o predomínio de médico também predomina as intervenções. E nos hospitais, a ocitocina é utilizada rotineiramente para acelerar o processo de parto e também encurtar o tempo que o médico está assistindo aquela mulher, não tem esse controle do uso da ocitocina. A ocitocina só se utiliza em último caso, quando o bebê já coroou a cabeça e a mulher não tem força para expulsar o bebê (Lúcia, 3 de maio de 2013).

Lúcia desconfia até que a maioria do diagnóstico para cesariana tanto na rede pública como na rede privada seja falso.

A gente sabe que nos hospitais particulares 90% ou mais das formas de nascimento são através de operação cesariana, no SUS a gente tem o predomínio de 60 a 65%. A maioria do diagnóstico médico, hoje, para a cesariana é falso, é baseado principalmente no que eles chamam de Desproporção Encéfalo Pélvica (DCP), que seria ou a bacia da mulher é muito estreita para o bebê passar ou a cabeça do bebê é muito grande para aquela bacia que é normal. É algo que você não pode mensurar se a mulher não entrar em trabalho de parto, porque a pelve se transforma totalmente, ela é envolvida de hormônios e às vezes aquela pelve pequena e estreita se abre durante o processo de parto. Então, não tem como falar em DCP sem a mulher entrar em trabalho de parto, a gente só saberia realmente se haveria indicação para cesárea se a mulher entrasse em trabalho de parto, mas a maioria das cesarianas é marcada antes. Essa questão da dilatação é um mito, toda mulher dilata o que ela pode ter é isso que eu falei o DCP (Lúcia, 3 de maio de 2013).

Ao analisar as falas dos profissionais de saúde, pude notar, também, que a percepção destes a respeito dos procedimentos interventivos pode estar relacionada também com a sua percepção sobre a humanização do parto e da assistência. Lúcia acredita que um parto humanizado é um parto natural com o mínimo de intervenções possíveis. Já Vanda não concorda com essa visão do parto humanizado e acha plausível o uso de intervenções.

Antes quando o MS proibiu o uso de intervenções, aqui não era realizada episiotomia, ocitocina, anestesia em parto normal. Hoje, já faz, a gente faz porque se não a mulher sofre muito. Lacerar a vagina até o ânus? Isso não é humanizado. Por que não fazer uma episio bonitinha? Parto natural não é um parto humanizado, se fosse para ter natural a mulher faria em casa. Ninguém

gosta de hospital, se tá num hospital é porque quer ajuda, quer cuidados. Aqui vai fazer intervenção. A assistência não tem nada de humanizada, tanto no hospital como no centro de saúde; o hospital não tem uma estrutura física adequada, não tem quarto e um banheiro individualizado, não tem uma cama pra acompanhante, não tem lugar suficiente para atender a todas as mulheres; e no Centro de Saúde falta dar informação à gestante, prepará-la para o momento do parto.

O pré-natal deveria ser feito melhor, tinha que orientar as gestantes sobre o trabalho de parto e sua duração, que no parto normal há dor, sobre a amamentação. Tem mulher que chega aqui e a gente pergunta: “Mãe você não fez pré-natal?” - E ela: “Fiz”. – “E ninguém te falou que parto normal sente dor?” – “Não”. E têm outras que fazem parto normal e no final perguntam: “Foi normal ou cesárea?” A gente aqui faz papel de Centro de Saúde (Vanda, 24 de maio de 2013).

Porém, a percepção de Vanda sobre parto humanizado vai além do uso de intervenções durante o parto para facilitá-lo, está relacionada ao suporte que o Sistema de Saúde dá à mulher, à estrutura física, aos recursos humanos, à preparação da gestante no pré-natal, a ter um acompanhante na hora do parto. Emília contou-me que auxilia as mães a fazerem exercícios respiratórios para contração e orienta os acompanhantes a apoiar a mãe no trabalho de parto e os ensina a fazer massagem; mas que isso nem sempre é possível já que a demanda de mulheres no hospital é alta.

Quando o plantão é mais tranquilo, eu consigo acompanhar melhor a mulher, o parto, conversar, ver se está tudo bem. Mas quando tem muita gente aqui você só quer ver a criança e a mãe bem, o contato é muito rápido. Torna-se algo mecânico (Emília, 24 de maio de 2013).

Segundo Emília, no HRC as mães têm liberdade para caminhar e de posição de parto, e há um cavalinho de balanço e um chuveiro de água quente para banharem. No entanto, a estrutura pequena do CO, a falta de recursos materiais e humanos, e a alta demanda das parturientes também dificultam o acesso a esses recursos. Pelo que vi, não há muito espaço no CO para a mãe se movimentar e nem no quarto onde elas dão à luz, impedindo assim outras posições de parto além da tradicional, deitada numa cama. Vale destacar também que, esta posição facilita o trabalho do médico obstetra e o aprendizado dos alunos.

Faltam recursos materiais e humanos. Agora à tarde, por exemplo, nós estamos só com dois médicos e os dois estão fazendo uma cesariana. Se chegar uma mulher em trabalho de parto aqui como que a gente vai fazer? E enfermeira ainda não tá fazendo parto (Emília, 24 de maio de 2013).

Uma mulher que estava na sala do CO, ouvindo nossa conversa, comentou que estava lá desde 9h da manhã esperando a cesárea dela, já era 17h da tarde.

Na visão de Emília um parto humanizado é um parto com o mínimo de intervenções, onde a mulher tem um atendimento individualizado, direito a acompanhante, liberdade de posição, antes de tudo, é um parto humano.

É em primeiro lugar um parto humano, que intervém menos, mas que tem todo um aparato técnico. Um parto sem agressão, eu tiraria a ocitocina, a episiotomia. A mãe teria que ter um atendimento individualizado, um quarto com um banheiro só para ela, poder ter um acompanhante pra ficar com ela e o bebê até receber alta e escolher a posição que ela quer parir (Emília, 24 de maio de 2013).

Dos profissionais de saúde entrevistados, apenas as enfermeiras obstétricas, do HRC e da Casa de Parto, consideram que um parto humanizado é também um parto com o mínimo de intervenções possíveis. Já a técnica em enfermagem do HRC, afirma o contrário, que um parto humanizado não é um parto natural; o uso de procedimentos interventivos, dentre outros fatores, que contribuiriam à humanização do parto. E o médico do hospital particular julga que um parto humanizado independe do tipo de parto, a cesárea também poderia ser um parto humanizado.

Salvo Lúcia que é adepta do parto natural, todos os profissionais apresentaram os benefícios de um parto normal. Vanda mostra claramente sua preferência pelo parto normal; Emília acredita que o parto normal é bom tanto para a mãe como para o bebê, mas que o mais indicado seria um parto natural. Já Pedro é o único a considerar em suas falas que o parto normal e também a cesárea são “formas boas de ter o bebê”. As enfermeiras obstétricas e a técnica em enfermagem a percebem como uma cirurgia e não como um parto, que só deveria ser feita em caso de necessidade.

Os benefícios elencados foram: protagonismo da mulher, melhor recuperação, método mais natural (ainda que tenha intervenções), menor tempo de internação e risco de infecção e amamentar a criança logo após o parir.

Intervenções durante o trabalho de parto e o parto parecem ser utilizadas rotineiramente tanto no hospital público como no privado. Profissionais de saúde desses dois locais afirmaram que não é frequente ocorrer um parto natural onde trabalham.

Quanto à cesariana, a maioria pareceu-me ser marcada eletivamente, sem indicação médica e sem a mulher entrar em trabalho de parto, ou seja, é programada. Salvo no HRC, de acordo com as entrevistadas que trabalham neste local. Entre os motivos para a realização de uma cesariana estariam: o desejo da mulher (medo da dor do parto, ter o parto com o médico que a acompanha durante o pré-natal, decidir o momento do parto, evitar o tratamento frio dos profissionais de saúde) a conveniência médica (o receio do médico e sua disponibilidade para acompanhar um parto normal), falta de informação e de preparo (desconhecimento dos benefícios e riscos de cada tipo de parto e dos procedimentos interventivos, não realização ou baixa qualidade do pré-natal) e indicação médica (problemas maternos, fetais ou ambos).

Retomando o diálogo com as mulheres entrevistadas, notei que as que preferem parto normal possuem a mesma percepção dos benefícios desse tipo de parto que os profissionais de saúde. De fato, algumas mulheres julgaram não ter recebido todas as informações relacionadas ao trabalho de parto e ao parto; outras declararam o desejo de ter o parto com o médico que escolheu, mas um parto normal; apenas Laís desejava marcar o momento do parto. Já o medo da dor como motivo para recorrer a uma cesariana só foi citado pelas mulheres do HRC, com exceção de Laís que declarou ser esse também umas das razões para escolher sua via de parto. No entanto, parece-me que mais que o medo da dor do parto, as entrevistadas do HRC temiam o tratamento dos profissionais diante de seu sofrimento. A cesárea, pelas falas, seria uma maneira de fugir da assistência fria e não acolhedora dos profissionais de saúde.

Capítulo III – Satisfação com os modelos e práticas de cuidado

Diante das experiências relatadas e observações de campo, teço aqui as principais considerações sobre os modelos de parto no DF e questões recorrentes na fala dos entrevistados relacionados ao parto e nascimento. Busquei identificar quais as razões que suscitam a trajetória e a preferência de como trazer ao mundo uma criança, a satisfação com o parto realizado e a assistência ao parto e, por fim, as percepções sobre um parto humanizado. Nessa oportunidade será também realizada uma discussão teórica sobre o material de campo a partir de pesquisas prévias sobre os temas levantados.

- Que parto eu quero e por quê?

[...] Vai ter que ser normal! Não vai dar mais pra ser cesárea! (Raquel, 2 cesáreas e 1 parto natural)

[...] O parto normal é muito torturante... Eu faria uma cesariana. (Camila, 3 partos normais e gestante)

Segundo Souza (2002, p.5), a trajetória e a preferência por um tipo de parto são socialmente construídas, mesmo que efetivadas no nível individual, e podem influenciar padrões de comportamento e a conduta social. Dentre os fatores que envolvem a preferência por um parto podemos citar: a orientação durante o pré-natal, a experiência pessoal do parto anterior ou de familiares e pessoas próximas, as expectativas em relação ao parto, a ansiedade e o medo da morte ou da dor, o passado obstétrico, o desejo da laqueadura, a assistência médica e a falta de informação (Oliveira et al., 2002, p.669; Lopes et al., 2005, p.248). Alguns desses fatores foram identificados nos depoimentos e nas experiências de vida das mulheres aqui entrevistadas.

Mandarino et al. (2009, p.1590), que realizou um estudo comparativo sobre a escolha do parto entre mulheres de uma maternidade pública e outra privada, verificou que o parto cesáreo foi a preferência das mulheres da maternidade privada, que apontaram como motivo principal o medo da dor. Enquanto o parto normal prevaleceu entre as mulheres da rede pública, em razão da recuperação ser mais rápida.

O universo de mulheres que entrevistei é diferenciado, as mulheres de camadas médias já apresentavam uma crítica ao modelo de parto cesáreo e a assistência prestada ao parto e nascimento, o que motivou a preferência pelo parto normal. Já as mulheres de camadas populares e usuárias do hospital público/SUS que desejavam cesáreas possuíam trajetórias de parto normal aterrorizantes.

As razões atribuídas para a realização de um parto normal, nos dois campos de pesquisa, foram: dor pontual, recuperação mais rápida, mais natural, experiências familiares e de amigas, mais saudável para si e para a criança e, no caso das mulheres do HRC, a falta de opção por outro modelo de parto, se não houvesse indicação clínica. Também foi elencado o fato da cesárea ser uma cirurgia, ter riscos e que só deve ser feita quando necessária.

Quanto às razões da cesariana, há uma divergência entre as mulheres que usam o SUS e Laís, a única que desejava cesárea e que utiliza a rede privada. Laís queria controlar o momento do parto e as mulheres do HRC temiam a dor e o tratamento dos profissionais frente ao seu sofrimento, não queriam passar pela trajetória do parto normal novamente.

O desejo da laqueadura foi citado como motivo para recorrer à cesárea por poucas mulheres, apenas por Ana Clara (camada média) e Talita (HRC). Porém, de acordo com Barbosa et al. (2003, p.1618), parece haver uma relação entre a cesárea e a realização da laqueadura, que poderia ser contornada por meio de: “um programa de planejamento familiar efetivo, com o oferecimento e acesso a todos os métodos contraceptivos, bem como a implantação real das já mencionadas leis e portarias de planejamento familiar existentes no Brasil” (Barbosa et al. 2003, p.1619). A prática da cesárea para tal fim é proibida no Brasil, como uma forma de não incentivá-la (Oliveira et al., 2002, p.670)

Por fim, sobre os partos naturais, um ocorreu porque se tratava de uma realização para a mulher (Raquel), outro porque a mulher acreditava ser melhor para si e para a criança (Michele) e, um último, porque não conseguiu chegar a tempo no hospital e, se tratava também, de uma forma de não ter que ser assistida pelos profissionais de saúde (Marina).

- A Dor e o medo: influenciando expectativas e a satisfação

[...] Agora que tá chegando perto também fico pensado na dor: Ai meu Deus, será que vai doer? Será que não vai? Que dor que é essa? É uma dor que você vai morrer? (Isabela, gestante).

A gestação é um momento único na vida de uma mulher e, muitas vezes, vem acompanhada de sentimentos intensos como emoção, felicidade, medo, anseios e incertezas. O breve histórico da assistência ao parto no Brasil abordado nesta monografia demonstra que a dor está frequentemente relacionada ao momento do parto, mesmo em momentos e contextos diferentes. O medo de Isabela não é decorrente de sua própria experiência com o parto, pois vai parir pela primeira vez, mas construído dentro do contexto sociocultural em que está inserida.

Dentre os fatores que interferem na escolha do modelo de parto, as falas das mulheres e dos profissionais de saúde sugerem que a dor e o medo podem influenciar. A cesárea é vista por algumas mulheres como um meio de evitar as dores do momento do parto.

Eu já desejava a cesárea... Também tinha medo da dor e da questão da vagina... (Laís, 1 cesárea).

Tô com tanto medo da dor que eu tô querendo cesárea... (Camila, 3 partos normais e gestante).

Estudos que avaliam os aspectos relacionados à escolha do tipo de parto corroboram este fato. Mandarino et al. (2009, p.1590) referenciado acima, em sua pesquisa identificou que o desejo da mulher pelo parto cesáreo foi motivado mais frequentemente pelo medo de sentir dor. E mesmo que a proporção de mulheres que preferiam parto cesáreo, em seu estudo, tenha sido pequena, Barbosa et al. (2003, p.1616), por outro lado, sugere que a “dor e o sofrimento menor durante o trabalho de parto” foram citados como a principal razão para a escolha desse tipo de parto.

Mas os temores em relação à dor podem não só advir do parto normal (Barbosa et al., 2003, p.1615, Hotimsky et al., 2002, p.1305). Há também o medo da dor da cesárea, da anestesia, do pós-parto (risco da cirurgia, recuperação difícil, infecção dos pontos, etc.) – citado nas falas das mulheres entrevistadas como Isabela e Eliane.

Eu penso que é uma dor que você vai ter na hora, mas vai passar. Cesariana não, você fica com dor depois um bom tempo, uma pessoa me disse que você sente a anestesia durante vários anos (Isabela, gestante).

Não quero ter cesárea, a recuperação é bem pior. É horrível depois as dores, já acompanhei minha tia que teve quatro cesarianas e ela não podia fazer nada, ficava dependendo dos outros (Eliane, 1 parto normal, gestante).

As mulheres reconhecem que a dor do parto está sempre presente seja no pré, no parto ou no pós-parto, independente da via de parto. Então, ou enfrentam uma dor mais pontual e natural durante o trabalho de parto pela via vaginal ou no pós-parto quando escolhem uma cesariana. Essas foram as razões apontadas no estudo de Barbosa et al. (2003, p.1615), que contribuíram para que a maioria das entrevistadas estimasse o parto normal: “recuperação mais difícil e lenta no parto cesáreo” e “dor e sofrimento maior depois da cesárea”.

Por outro lado, a dor também pode ser motivo de satisfação com o parto, ou seja, a experiência de um parto doloroso e sofrido pode ser motivo para a percepção de um parto ruim e desagradável (insatisfação); enquanto um parto sem dores pode ser interpretado de forma contrária - um parto bom e agradável (satisfação). Segundo Lopes et al. (2005, p.252), o parto, pelos sentimentos negativos ou positivos que proporciona, fica guardado na memória da mulher e influencia sua percepção sobre esse momento por um longo tempo, até mesmo durante toda sua vida. Em sua pesquisa, um parto com dor foi considerado pelas mulheres como uma experiência negativa. De forma similar, nesta monografia, mulheres como Ana Clara tem medo da dor do parto, pois já vivenciou essa experiência; Camila deseja uma cesárea, por não ter gostado da experiência dolorosa do parto normal. No entanto, Laís gostou tanto da cesariana, onde não sentiu nada, que recomenda a prática.

Eu sinto muito medo do parto, eu penso “Ai meu Deus, vai doer demais!”. Eu já sei como é a dor, as minhas contrações são muito fortes (Ana Clara, 1 parto normal, gestante).

O parto normal é muito torturante, muito assustador. É muito sofrimento, uma dor angustiante. Pode ir lá dentro que você vai ver as mulheres gritando e chorando de dor. A cesárea é boa que não sente dor... (Camila, 3 partos normais e gestante).

[...] Superou as minhas expectativas, não senti nada, a recuperação foi melhor ainda. Foi muito tranquilo, até recomendo (Laís, 1 cesárea).

Mas, nem sempre a dor significa que foi uma experiência negativa, ou um parto sem dor significa que a mulher está satisfeita. Lopes et al. (2005, p. 253) mesmo afirma que “há variações na representação cultural da dor do parto para as mulheres” e a dor pode aparecer

como algo natural, necessária ao processo de dar à luz a uma criança, não como uma patologia similar a épocas passadas – poderia ser uma experiência positiva. Raquel é um exemplo, tem uma percepção negativa da cesárea, apesar de não ter sentido as dores do trabalho de parto, e diferente da do parto natural. Michele também declarou que o seu parto apesar das dores foi prazeroso.

Foi horrível a cesárea, não é um parto é uma cirurgia... Apesar do desespero e da dor que é muita dor, não me arrependo de jeito nenhum de ter tido parto normal... Eu senti muito realizada de ter conseguido, muito feliz de ter finalmente essa experiência, dele ter vindo na água, porque minha frustração era um pouco essa. Engraçado que esse raciocínio de querer cesárea por conta dor eu realmente nunca tive, porque eu pensava assim o parto normal vai ser um momento de dor específico né?! E é dor pra que ele nasça, é dor pra vida! (Raquel, 2 cesáreas e 1 parto natural).

É todo um processo, tem a dor, mas não foi sofrido. Depois acaba, você ganhou o neném e acabou. Eu não me arrependo de forma alguma, se eu for ter outro vai ser parto normal, ou melhor, natural. Foi ótimo o meu parto, foi prazeroso, não foi sofrido (Michele, 1 parto natural).

Da mesma forma que em outras pesquisas (Hotimsky et al., 2002, p.1306; Mandarino et al., 2009, p.1593; Barbosa et al., 2003, p.1616), a preocupação com a laceração do períneo e, assim, o possível prejuízo na relação sexual, não foi mencionado em minha pesquisa de campo como possibilidade de realizar uma cesárea; nem na fala das mulheres e nem na dos profissionais de saúde. Porém, foi citada como motivo para recorrer à técnica interventiva, a episiotomia. Laís a citou com medo da “bexiga descer”, ou seja, urinar com frequência.

A maioria das cesarianas, hoje, é marcada sem nem mesmo a mulher chegar a sentir alguma contração (Mandarino et al. 2009, p.1587; Barbosa et al., 2003, p.1618, Oliveira et al. 2002, p.670). E a dor é algo que não se pode mensurar se a mulher não entrar em trabalho de parto (Enfermeira Lúcia). Em minha leitura, essa é uma cultura que precisa ser revista, pois as mulheres nem chegam a tentar o parto normal ou um parto natural. Em um dos relatos que ouvi no grupo de gestantes, uma mulher disse que...

Uma amiga minha queria cesárea e já tinha marcado antes pra nem pensar na dor que poderia sentir no trabalho de parto. Só que aí ela começou a sentir a contração e perguntou para o médico: É isso que estou sentindo? Vai aumentar? Aí ele disse: É mais ou menos por aí do que você já ta sentindo. Aí ela “Ah, se for só isso vou querer normal”. E teve normal (Relato de uma gestante do grupo de gestantes do HUB, 12 de abril de 2013).

Há, então, de se considerar trabalhar com as mulheres a questão de tentar desvencilhar a ideia de que a dor do parto é insuportável ou que elas não têm estrutura física ou psicológica para suportar as dores. Um acompanhamento de pré-natal de qualidade onde a mulher tem todo o conhecimento sobre a gestação e o parto; a preparação do períneo por meio de exercícios para fortalecer a sua musculatura; uso de métodos para alívio da dor como massagens e técnicas de relaxamento e de respiração; um acompanhante na hora do parto; a qualidade da assistência prestada na hora do trabalho de parto; e liberdade de posição, de expressão e movimentação são formas de amenizar a dor e minorar as angústias e inseguranças presentes no momento do parto (Barbosa et al. 2003, p.1619).

- Hospital: inseguro e desumano

Peço a Deus que eu já chegue no hospital logo com uma dilatação boa pra não ter que ficar esperando muito, até porque eu tenho muito medo de ficar no hospital por causa de riscos de bactéria, infecção (Isabela, gestante).

Hoje, os partos ocorrem predominantemente nos hospitais (Rattner et al., 2012, p.388). Mas, isso não é sinônimo de satisfação com a assistência prestada, nem de segurança e nem de alívio da dor como a obstetrícia médica prometia as mulheres que parissem neste local. As entrevistadas, dos dois campos de pesquisa, declararam que tinha medo de estar no hospital pelos riscos que esse ambiente proporciona e receio da atitude do médico diante de seu sofrimento; outras citaram o medo da realização de alguma conduta inadequada e da falta de informação sobre a evolução da gestação, do trabalho de parto e o parto e sobre a sua saúde ou a do bebê. Apenas Eliane relatou que antes de ir pro HRC, já tinha ido a outro hospital e que lá não foi bem recebida, mas a peregrinação por hospitais até encontrar uma vaga no hospital faz parte da realidade de muitas gestantes entre as camadas populares (Hotimsky et al., 2002, p.1307).

Na pesquisa de Hotimsky et al. (2002, p.1307-1308), a assistência ao parto foi um dos temas mais destacados nos depoimentos das mulheres do hospital público, e parte dos temores e angústias quanto ao parto vaginal giravam em torno da dificuldade de encontrar uma vaga na hora do parto e do modo como seriam assistidas na dor. Da mesma forma, em minha pesquisa de campo, as mulheres de camadas populares apresentaram em seu discurso mais sinais de

que a sua relação com os profissionais de saúde eram marcadas pelo desrespeito e indiferença por partes destes, foi comum até caso de agressões verbais.

A experiência traumática das mulheres do SUS com o parto normal pode estar relacionada não somente com as dores do trabalho de parto, mas também com as intervenções agressivas e desnecessárias durante o trabalho de parto e parto que, muitas vezes, a mulher nem é informada (Luiza), e com a “violência relacional” (agressões e desrespeito), no encontro entre as mães e profissionais de saúde. Nesse sentido, mulheres como Camila evitam gritar com medo de ser agredida. Outras, como Talita, enfrentam a autoridade dos profissionais e o momento do parto transforma-se, às vezes, num espaço de luta (Hotimsky et al., 2002, p.1307).

Não gosto de hospital, tenho medo de gritar e o médico judiar... Falta muito médico humanizado (Camila, 3 partos normais, gestante).

Eu tava gritando de dor e a enfermeira falou: ‘Não adianta gritar não, na hora que tava no bem bom você não gritou não né?!’ E eu não deixei por baixo e respondi: ‘É mais lá eu tava gritando era por outra coisa, era por prazer’ (Talita 2 partos normais e 3 cesáreas).

Os depoimentos dessas mulheres demonstram como o tratamento ríspido e grosseiro dos profissionais aumenta os medos e anseios da mulher relacionados ao parto e tem uma clara associação com a preferência e a satisfação do parto. A cesárea, para as mulheres do HRC, é considerada como a melhor forma de dar à luz, pois seria um meio de não sentir dor e, principalmente, de escapar da insensibilidade dos médicos que presenciaram na assistência do parto normal.

Porém, a conduta dos profissionais não é preocupação somente das mulheres do SUS, as mulheres que utilizam a rede particular também estão insatisfeitas com a assistência. A insensibilidade que o médico demonstra ao lidar com situações em que a mulher está frágil ou que precisa de apoio, e a falta de informação sobre os benefícios e riscos de cada tipo de parto e demais procedimentos cirúrgicos são as principais críticas.

Eu não gostei de ter virado uma cesárea e achei que a médica não foi sensível a ponto de ver como eu fiquei frustrada, ela poderia ter me ajudado naquele momento. Tanto é que eu acabei optando por não fazer com ela o outro parto, tinha até uma indicação protocolar que deveria ser uma cesárea mesmo, ela não me enganou entendeu?! Mas eu não gostei da postura dela (Raquel, 2 cesáreas e 1 parto natural).

Raquel que sempre quis ter um parto natural não ficou satisfeita com o tipo de parto, apesar da justificativa médica plausível para a realização da cesariana, e nem com a assistência prestada. Para ela, a médica não se sensibilizou ao ver que não conseguiria realizar seu desejo de ter um parto natural.

Já Laís, mesmo satisfeita com a cesárea mostrou-se insatisfeita com a assistência. Ela contou-me que já sentia o peso da responsabilidade de ser mãe e não gostou do modo como a trataram no hospital quando a sua filha não quis mamar.

... minha filha não mamou nenhuma vez, puxou para o pai que também não mamou. O pessoal no hospital pensou que eu que não queria dar o peito, queriam forçar a criança a mamar e ela só ficava chorando. Não achei legal isso de obrigar ela a mamar e nem o jeito de falar comigo. A mãe já se sente tão fragilizada naquele momento, é tanta responsabilidade dar à luz, cuidar, ainda tem esse fator de obrigar a mamar. Tive que pedir pra ser liberada, falei que ia cuidar bem da minha filha, que não ia deixar ela morrer de fome e depois de muito conversa me liberaram. Pensava como a mulher entra em depressão se é um momento tão incrível, agora eu entendo (Laís, 1 cesárea).

O domicílio, após a “institucionalização do parto”, continuou como um espaço para a mulher dar à luz apenas em comunidades isoladas com as parteiras ou em locais de difícil acesso aos hospitais¹¹. No entanto, em alguns centros urbanos o parto domiciliar reaparece como uma escolha da mulher para ter o parto da maneira que deseja e com a segurança de que não será submetida a intervenções desnecessárias e que terá liberdade de exacerbar seus sentimentos e emoções (Carneiro, 2011, p.117).

Algumas mulheres que entrevistei apesar de não estarem satisfeitas com a assistência prestada no hospital, apresentam certa resistência em ter um parto no domicílio ou em uma Casa de Parto (com exceção de Marina: teve um parto em casa e gostou por não ter os profissionais ‘enchendo o saco’ dela). Entre elas, pude perceber que, também não se sentem seguras de estar em um outro ambiente sem médicos e sem todo o aparato tecnológico para lhe socorrer caso surja algum problema durante o parto. Talvez contribua, para isso, o fato de haver

¹¹ É importante destacar que em cidades do entorno Distrito Federal, algumas parteiras continuam atuando. Suas práticas estão baseadas em saberes empíricos sobre o parto, o corpo, plantas medicinais e rezas; no entanto, não realizam mais parto domiciliar. Essas parteiras se apropriam de procedimentos diferenciados dos utilizados no sistema de saúde, como por exemplo, massagens, rezas, receitas dietas e manipulam remédios caseiros que consideram essenciais a um bom parto e cuidados no puerpério. (Cardoso, 2012, p.29, 38).
CARDOSO, I. L. O saber/fazer das parteiras populares do entorno do Distrito Federal. Brasília, 2012, 56 p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Faculdade da Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

somente uma Casa de Parto no Distrito Federal e que muitas mulheres ainda a desconheçam. Ou ainda, o fato do parto domiciliar ser pago e possuir um custo alto.

Lúcia, por exemplo, afirma que a procura para parir na Casa de Parto do DF é baixa e que são realizados aproximadamente 44 partos por mês no local. Para ela, “algumas mulheres ainda têm como modelo de lugar mais seguro para parir o hospital”. No entanto, há outras “que tem convênio ou que podem pagar por um parto, mas não encontram um profissional na linha da humanização e vai procurar a casa de parto”. Ou seja, as mulheres que dão à luz na Casa de Parto não são usuárias exclusivas dos SUS e se informam sobre o local e o parto humanizado antes de ir procurá-lo.

Michele procurou a Casa de Parto porque sabia que lá teria um parto natural, ou melhor, humanizado, da maneira que gostaria. E, além do mais, desejava liberdade de posição, de caminhar e de se expressar.

O atendimento na Casa de Parto foi excelente, eles foram bem receptivos, me ajudaram bastante. Sempre estavam ali olhando, observando. Me senti num SPA. A mulher pode andar, pode conversar, pode ser ela mesma. Não tem essa de ‘ah mãezinha, você tem que colocar camisolinha’, eu andava pelada pra lá e pra cá, pra lá e pra cá. E também tem a liberdade de falar como quer o parto e de perguntar se você pode ou não fazer algo, porque muitas vezes você pergunta e as pessoas não respondem (Michele, 1 parto natural).

Conforme Medeiros et al. (2008, p.776), “grande parte das enfermeiras obstétricas que atuam nas grandes cidades vê o parto como um evento natural, que, se estiver bem acompanhado no pré-natal e livre de complicações, pode ocorrer fora do ambiente hospitalar”. E essa é a visão de Lúcia, a enfermeira obstétrica da Casa de Parto São Sebastião, que também presta atendimento ao parto domiciliar.

O parto é um processo fisiológico, por isso, a parturiente não deveria estar dentro de um hospital. O hospital seria para aquelas mulheres que têm, realmente, alto risco de gestação e que apresentam intercorrências durante o processo de parto (Lúcia, enfermeira obstétrica).

A assistência ao parto normal de baixo risco, sem complicações, pode ser realizada pela enfermeira obstétrica, assim como os procedimentos necessários para a segurança da mãe e do bebê, de acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/ 86. Essa profissional também está capacitada a identificar possíveis complicações que requerem cuidados médicos específicos (Medeiros et al., 2008, p.776). No entanto, segundo Souza

(2002, p.22), ainda há poucos desses profissionais no país e resistência dos médicos obstetras para passarem a responsabilidade do parto a outrem, esses ainda se mostram resistentes com os projetos de Casas de Parto.

O parto assistido por um enfermeiro obstétrico, o incentivo a Casas de Parto como um local adequado à parturição, e a disponibilização de informações sobre os tipos de parto e procedimentos intervencionais, além das estratégias sugeridas no tópico anterior, em minha leitura, podem mudar essa realidade do hospital ser considerado por muitos como um local “inseguro e desumano”. Ademais, contribuiria para diminuir a peregrinação das mulheres pelos hospitais até encontrarem um leito para parir.

Contudo, como Carneiro (2011, p.118) expressa em sua tese etnográfica sobre o parto domiciliar, não há um lugar certo para parir: “cada mulher tem o seu tipo de parto”. O ideal seria quem em qualquer que fosse o ambiente escolhido pela mulher houvesse a valorização do diálogo e das relações humanas na assistência, o respeito à individualidade e à liberdade de expressão da mulher, e que o local e os profissionais de saúde lhe passe segurança.

Diante disso, concluo que é uma tarefa complexa definir a satisfação das mulheres no contexto do parto e do nascimento, mas percebe-se que está interligada à qualidade da assistência recebida (Mandarino et al., 2009, p.1594).

- Eu quero e posso x Eu quero e não posso

A escolha por um modelo de parto pode variar ao longo da gestação e também no momento do trabalho de parto e parto. Nem sempre o que a mulher deseja quando está grávida é aquilo que quer quando começa a sentir as dores das contrações e do parto ou é o parto realizado. Em seu estudo, Barbosa et al. (2003, p.1618), verificou que a maioria absoluta das mulheres que solicitaram a cesárea a fez durante o trabalho de parto e/ou parto, mesmo aquelas que não queriam cesárea durante a gestação; sugerindo, assim, que esse pedido é devido a dor do parto. Essa hipótese, em minha pesquisa, vai ao encontro do narrado pelos profissionais do HRC.

[...] Elas pedem cesárea na hora do trabalho de parto, quando a dor começa já ficam doidas pedindo (Vanda, HRC).

[...] Quem nunca teve filho quer cesárea quando começa a sofrer muito (Emília, HRC).

Quanto ao processo decisório por um tipo de parto, percebe-se que, no hospital público e, de forma menos gritante, no hospital particular, o parto de preferência da gestante, muitas vezes, não é o parto realizado (Raquel, Camila, Luiza).

No hospital público, principalmente, o desejo da mulher parece não ter influência na escolha sobre o tipo de parto, sobressaindo-se as indicações clínicas (Mandarino et al., 2009, p.1593). Semelhantemente, isso também ocorre no HRC, as profissionais que trabalham no local afirmaram que as cesarianas somente são realizadas quando há problemas no binômio materno-fetal. Por isso, embora, as entrevistadas do HRC desejassem a cesariana não tinham o poder de escolha sobre o parto a ser feito; também não possuíam convênio ou a possibilidade de pagar serviços particulares como as mulheres de camadas médias, então, sua opção era aceitar a escolha médica no SUS.

Eu queria fazer cesárea, estava com medo... Pedi pra médica no posto, mas ela disse que é no hospital que é avaliado (Luiza, 2 partos normais).

[...] Tô com tanto medo da dor que eu tô querendo cesárea. Mas o que vier tá bom (Camila, 3 partos normais, gestante).

Hotimsky et al. (2002, p.1308) supõe que as mulheres de camadas médias, assistidas em serviços privados, teriam maior possibilidade de optar pelo tipo de parto que desejam, colaborando com a ideia de fatores não-clínicos para a escolha do parto. “Eu já desejava cesárea... Superou minhas expectativas, não senti nada” (Laís).

Mas, parir no hospital particular não é garantia de que o parto realizado é o parto desejado pela gestante, principalmente quando se trata de ter um parto normal (Souza, 2002, p.10). Prova disso, é que algumas mulheres têm que desembolsar dinheiro e procurar profissionais na linha da humanização para conseguirem o parto desejado. Diante disso, ao que parece, ter um convênio médico privado não é o suficiente.

Raquel, por exemplo, com medo de procurar seu convênio e não conseguir ter um parto natural, pagou de forma particular uma médica que sabia que apoiava o parto natural para atendê-la e realizar seu sonho. Enquanto, curiosamente, no movimento contrário, mulheres de camadas médias, como Ana Clara (pré-natal) e Michele (pré-natal e parto) procuraram o SUS para ter o filho da maneira que desejam.

O médico além de desempenhar um papel fundamental no período gestacional da mulher e no momento do parto, também influencia na trajetória da mulher em um modelo de parto. A mulher, muitas vezes, parece não participar da discussão da escolha do parto, ficando a decisão a cargo do médico.

Ana Clara, que faz a consulta pré-natal no SUS e no hospital particular, contou-me que ligou na recepção do hospital para saber se podia chegar a qualquer momento para dar à luz e a recepcionista respondeu: “Poder pode né?! Mas os médicos preferem que marque”. E depois, na consulta pré-natal, chegou a questionar seu médico se ele a acompanharia no parto normal, pois esse era o desejo dela e um dos motivos que a fez procurar a rede particular para ter o seu parto.

Ele perguntou: ‘Que parto você quer?’ Eu quero parto normal. E ele: ‘Então, se você quiser parto normal pode ter com qualquer médico que tiver no plantão, você sabe né?!’ Pode ser, eu quero parto normal. E ele: ‘Mas por que você quer parto normal, o seu primeiro foi normal?’ Foi sim e esse vai ser também (Ana Clara, 1 parto normal, gestante).

De certa forma, a pergunta do médico, se ela já teria tido parto normal, indica, como apontado nos tópicos anteriores, que o parto anterior pode influenciar os próximos. E isso concorda com o estudo de Souza (2002, p.15), onde grande parte das mulheres que já tinha tido cesárea no primeiro parto, teve cesárea no segundo parto. Isso é preocupante no caso de primíparas, pois implicaria na possibilidade de futuras cesarianas (Mandarino et al. 2009, p.1594). Também mostra a influência que o médico exerce ou pode tentar exercer sobre a escolha do modelo de parto.

Segundo Rattner et al. (2012, p.386), as taxas de cesarianas são altas e ascendentes em todo o país, sobretudo, nos hospitais não públicos. Souza (2002, p.19) sugere que pode haver alguma conduta no tipo de atendimento que influencia esses valores, já que em seu estudo a maioria das entrevistadas, independente do setor de atendimento, desejava parto normal e no setor privado das 97% primíparas apenas 37% conseguiram realizar seu desejo e de 72% das multíparas 52% conseguiram.

É de se considerar também as razões dadas pelos médicos para a realização de uma cesariana, como “a falta de dilatação”, que é interpretado por alguns como duvidosa (Lúcia). O discurso do direito a mulher sobre o seu próprio corpo também parece ter sido apropriado pelos

médicos para justificar cesarianas desnecessárias: a cesárea a pedido da gestante; escolha que muitas vezes vem desacompanhada de informação (Mandarino et al. 2009, p.1588).

Foi citado também o pouco tempo disponível pelo médico obstetra para acompanhar o trabalho de parto como um possível motivo para a realização da cesariana. Indicando assim que mais que por indicações clínicas, as cesarianas estariam associadas, como diz Mandarino et al. (2009, p.1593), “à falta de tempo e conveniência do médico”.

- Informação: a chave para a autonomia

A qualidade e a pouca ou nenhuma informação transmitida pelos profissionais e serviços de saúde sobre o momento da gestação e do parto pode influenciar o tipo de parto. Para Souza (2002, p.5), a informação inadequada repassada às gestantes é uma das causas que contribui para o aumento do número de cesáreas.

O pré-natal, como citado pelos profissionais de saúde entrevistados, deveria ser o principal meio de alcançar as informações relacionadas à gestação e ao parto, podendo ser um fator de redução do risco de complicação e da necessidade de cesariana (Mandarino et al., 2009, p.1593). No entanto, as mulheres não se sentem completamente informadas sobre os tipos de parto e os procedimentos interventivos e sobre o que acontece com elas e o bebê durante a gravidez e trabalho de parto (*Raquel, Isabela, Ana Clara, Camila, Luiza*).

Segundo Souza (2002, p. 16), as mulheres que frequentam o serviço privado são “as que mais consultas de pré-natal realizam e mais precocemente, são acompanhadas pelo mesmo médico ao longo da gestação e com eles fazem na maioria das vezes o seu parto”. Essas mulheres, aparentemente, têm o direito à escolha pela via de parto, mas, em muitos casos, essa escolha não vem acompanhada de informação. Elas desconhecem as reais indicações da cesárea, os benefícios e riscos envolvidos em cada tipo de parto ou nos procedimentos relacionados ao parto (Mandarino et al., 2009, p.1588).

O pré-natal da rede pública foi referenciado por várias mulheres como um serviço de qualidade, até mesmo por aquelas que têm acesso à rede privada. É interessante observar também que, enquanto algumas buscam fazer as consultas pré-natais nas duas redes de serviços (Ana Clara), outras não realizam o pré-natal por completo (Marina).

O recebimento das informações sobre a gravidez e o parto também está relacionado à satisfação das mulheres com o modelo de parto e, como veremos adiante, à humanização do parto. Dessa forma, quando mais completa a informação dada à mulher e a atenção dispensada, maior a probabilidade da satisfação com a assistência ao parto.

- Você sabe o que é parto humanizado é?

Começo essa discussão, usando as palavras de Diniz (2005, p.632), para quem: o termo humanização do parto apresenta uma multiplicidade de sentidos. Ao abordar o tema com as mulheres de camadas médias, esperando que já tivessem uma noção prévia e que estivessem “antenadas” com as políticas de humanização existentes, questionei-as diretamente sobre o que seria um parto humanizado. No entanto, algumas, até o momento, apesar de em seu discurso se referir em muitos aspectos à humanização, ainda não tinham ouvido falar sobre o termo e ficaram duvidosas em responder a pergunta.

Em razão disso e livres das minhas, até então, representações sobre o termo, adaptei a pergunta para essas e para as mulheres do HRC, com o objetivo de não perder percepções e aspectos que poderiam estar relacionados a um parto humanizado por parte das mesmas. Passei, então, a questioná-las sobre o que seria um parto ideal na visão delas, ou seja, como deveria ser a assistência à mulher durante o momento do parto e nascimento.

Percebi que para essas mulheres de camadas médias a humanização do parto está associada às posições do parto, ao tratamento dos profissionais de saúde, ao direito de ter um acompanhante na hora do parto, ao sentimento de segurança que a assistência deveria permitir e, ainda, há quem difere um parto humanizado do parto normal e da cesárea.

Pra falar a verdade, eu não entendo nada de parto humanizado... Uma amiga minha teve um parto humanizado, ela não me explicou muito, mas não foi aquele parto na água, foi um parto humanizado diferente. Eu sei que tem o parto humanizado na água, de cócoras, mas eu não sei falar que o parto humanizado é isso, até porque os hospitais não falam sobre o parto humanizado. Só conheço parto normal e a cesárea (Isabela, gestante).

Não, eu nunca ouvi falar, como que é isso?... Ah! Eu acho muito importante ter alguém ali do seu lado na hora do parto, pelo fato de que ele tá vendo o que estão fazendo com você e com a criança. Acontece de esquecerem coisas dentro da gestante, de te cortar demais, de machucarem a criança, independente se é público ou particular. Eu tenho muito medo, quero uma pessoa o tempo todo do meu lado. E o enfermeiro te auxilia muito mais do

que o próprio médico, ele tem muito mais cuidado e você tá ali tão sensível, frágil. O médico só chega na hora de ter que tirar o bebê e ponto, o enfermeiro não, ele te acompanha até você estar preparada (Ana Clara, 1 parto normal, gestante).

Para as mulheres de camadas médias que já possuíam algum conhecimento sobre o tema, um parto humanizado compreende a escolha do tipo de parto, o protagonismo da mulher, a liberdade de posição e de expressão, a forma que os profissionais de saúde interpretam esse momento do parto e do nascimento (um momento especial e único para mulher) e como tratam a mulher e a criança (com atenção e respeito), o direito de ter um acompanhante na hora do parto, a informação transmitida no pré-natal e no momento do parto.

Eu acho que a primeira coisa é voltar o protagonismo da mulher e, numa segunda perspectiva, aproximar a família. O médico tem muito essa coisa de ser um procedimento cirúrgico e para o casal é o nascimento da criança, do filho. Então eles pegam seu filho como um saco de batata, aspira, coloca colírio e seu filho tá morrendo de frio e aquele ar condicionado, vai dar banho e parece que tá dando banho sei lá no que, num cachorro. Vejo a falta de humanização num todo, até o pré-natal muitas vezes não é humanizado, no sentido da gestante ter acesso a todas as informações, de ser cuidada, bem assessorada, da atenção (Raquel, 2 cesáreas e 1 parto natural).

Ser humanizado é você entender que a pessoa estar vivendo um momento delicado e aí você ter um mínimo de atenção com aquela pessoa. E não digo bancar a psicóloga, mas é no sentido de você ser profissional. Um profissional não vai ser ríspido, não vai ser grosseiro, atitudes que são básicas, você não precisa ser carinhoso e feliz da vida (Juliana, gestante).

Humanização pra mim é deixar as coisas fluírem naturalmente, deixar a natureza acontecer. Por exemplo, o menino nasceu, o cordão umbilical tá ligado, tem que deixar parar de pulsar para cortar. A questão da mulher poder andar, poder conversar, poder ser ela mesma, não ter essa de “ah, você tem que colocar camisolinha”, eu andava pelada pra lá e pra cá, pra lá e pra cá. E ter essa liberdade de falar como você quer o parto e de perguntar se você pode ou não fazer algo, porque muitas vezes você pergunta e as pessoas não respondem. É deixar a pessoa ser ela mesma naquele momento (Michele, 1 parto natural).

A visão das mulheres do HRC sobre parto humanizado, discutida no capítulo anterior, refere-se à assistência de qualidade e que permita segurança à mulher, ao direito de escolha da mulher e de ter um acompanhante na hora do parto, a orientação dada à mulher no pré-natal e durante trabalho de parto e parto e, sobretudo, ao tratamento dos profissionais (paciência, respeito, atenção, solidariedade).

A assistência que essas mulheres desejam e consideram como ideal está relacionada ao que Diniz definiria como assistência ao nascimento baseada nos direitos: sociais e sexuais e

reprodutivos. Nesse sentido, a humanização requer “um cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não violenta, relacionadas às ideias de “humanismo” e de “direitos humanos”, dando às usuárias inclusive o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicações” (Diniz, 2005, p.633).

Depoimentos das mulheres do HRC, como por exemplo, “Essa foi a pior dor fisicamente. Eles foram parto normal...” (Camila); “Não perguntaram se eu queria, mas sei que é obrigado” (Luiza); “[...] Eles [*profissionais*] responderam assim: Ah devia ter ficado por lá mesmo” (Eliane); “Quanto mais a gente grita, mais longe elas [*enfermeiras*] ficam” (Talita) - retratam, em minha leitura, possíveis violações desses direitos. Direitos de não sofrer um dano evitável (já que poderia ter sido feito uma cesariana no caso de Camila), da escolha informada de procedimentos e de receber uma assistência de qualidade, livre de um tratamento desumano físico, emocional e moralmente, entre outros (Diniz, 2005, p.633).

Também foram citados como aspectos importantes para humanização: o resgate do protagonismo da mulher, relacionado ao direito de decisão sobre a sua saúde e o seu parto (posição, modelo de parto, procedimentos de rotina); a inclusão de um acompanhante na hora do parto; o diálogo estabelecido entre os profissionais de saúde e a mulher e uma relação pautada no respeito e na solidariedade (Diniz, 2005, p.634).

O parto humanizado, que é uma outra forma de parir, seria a mulher dominando a cena do parto, ela escolhe a maneira como quer parir, a posição, se ela quer a presença dos profissionais dentro da sala, a presença do acompanhante; é o parto natural, com o mínimo de intervenção possível. É também fazer com que ela tenha entendimento do processo de parto dela para que o medo seja banido durante a evolução da gestação dela (Enfermeira Lúcia).

Um outro sentido do parto humanizado, e aqui considerando a visão dos profissionais de saúde, é a mudança técnica: prestar assistência baseada em evidências científicas, ou seja, adotar medidas e procedimentos sabiamente efetivos, seguros e benéficos a mulher e ao recém-nascido (Diniz, 2005, p.633). Isso evitaria práticas intervencionistas desnecessárias como as cesarianas eletivas, as episiotomias de rotina e a indução das dores do parto. Como afirma Diniz, também inverteria a ideia de considerar o parto vaginal como primitivo e arcaico. Isabela se sente assim por não querer uma cesárea e a fala da enfermeira obstétrica Lúcia, sobre a comum justificativa médica de Desproporção Encéfalo Pélvica para cesariana,

sugere o questionamento do que mudou na estrutura da pélvis feminina, já que, hoje, parece que as mulheres não conseguem mais dar à luz como antigamente.

O uso da tecnologia apropriada durante o parto e nascimento também tem impacto na saúde da população (Diniz, 2005, p.634). Pesquisas têm mostrado uma associação entre as taxas de cesarianas e o excesso de intervenções com o aumento da morbimortalidade materna e neonatal, como a infecção puerperal e o aumento da prematuridade. Assim, apesar do aumento do acesso e disponibilidade das tecnologias, seguem resultados maternos e perinatais piores. Além de produzir custos desnecessários (Rattner et al., 2012, p. 375).

É o parto natural, seria o mínimo de intervenção possível (Lúcia, enfermeira obstétrica).

É em primeiro lugar um parto humano, que intervém menos, mas que tem todo um aparato técnico. Um parto sem agressão, eu tiraria a ocitocina, a episiotomia (Emília, enfermeira obstétrica).

Mudanças na cena do parto, como, por exemplo, a assistência do parto normal por uma enfermeira obstétrica e o seu deslocamento para uma casa de parto, citadas no tópico anterior, segundo Diniz (2005, p.634) também seriam um dos sentidos da humanização: “humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto”.

Dessa forma, enquanto alguns consideram humanizar o parto intervir o mínimo possível, outros apóiam o uso de procedimentos interventivos, a humanização estaria ligada ao direito de alívio da dor, ao resgate da parturiente da pena do Paraíso (Diniz, 2005, p.635). E embora, não citado diretamente esse quesito na fala das mulheres, algumas, como Camila, dão a entender pelas suas falas, que consideram um parto sem dor o parto ideal: “O parto normal é muito torturante... A cesárea é boa que não sente dor. Todas as mães fariam uma cesárea por causa da dor... Eu faria uma cesariana com certeza”.

Parto humanizado é aquele que a mulher está totalmente esclarecida, está informada, tem direito de participar, de escolher a maneira que ela quer ter o bebê. É aquele que ela tem a presença não só de um médico que possa dá assistência, mas uma pessoa da família, o marido de preferência ou mãe, que possa estar dando aquele suporte emocional. Também deve estar protegida pela instituição, pelo hospital, por todo sistema de saúde. E por último, é aquele parto em que a mãe esteja realizando o sonho de ser mãe, esteja feliz. Para mim, isso que é parto humanizado. Eu já vi muitos partos naturais, normais, totalmente desumanos: a mãe desesperada, em pânico, morrendo de dor com horas e horas de sofrimento, sem força nenhuma, sem o apoio do médico, sem o apoio da família. A gente não pode falar que isso é

humanizado só porque nasceu pela vagina, só porque foi natural. Eu acho isso muito desumano, a mãe não ter a opção de escolher a maneira que quer parir. Ela pode ter um parto cesariano humanizado, ela se preparou para isso, ela gostaria, ela não se sentiu segura para ter um parto pela vagina, ela estava com o marido do lado, a mãe do lado, ela estava num hospital que deu pra ela todo carinho, toda atenção, todo direito de poder se manifestar, de poder se posicionar, de escolher a forma que ela vai ter o bebê. Eu acho errado achar que só o parto humanizado é o parto vaginal, muitas mães não estão preparadas, o bebê é muito grande, o bebê está sentado, a mãe não está emocionalmente preparada para aquele momento, daquela forma; Aí você larga num quarto do sistema público, ela fica ali chorando, gritando, desesperada, em pânico e você vai falar que foi um parto humanizado porque foi por via vaginal? Aquela mãe não teve nenhum direito, ela não teve proteção, ela não teve acolhimento, ela não pode escolher como ela gostaria de ter o bebê dela. Na verdade, ela foi muito mal tratada, foi muito desumano o que aconteceu com ela.

Em outro sentido, deduz-se da fala do Doutor Pedro que a humanização do parto está relacionada a questões já citadas anteriormente: o poder de decisão da mulher sobre a maneira que vai ter o seu filho, de escolher o modelo de parto; o direito de ter um acompanhante ao seu lado; a preparação para o parto por meio do pré-natal (informação); a assistência de qualidade, de forma que a mulher se sinta segura e amparada pela instituição de saúde e pelos profissionais; o bem-estar físico e psicológico da mãe e da criança. Mas, para ele, tanto o parto normal como a cesárea poderiam ser partos humanizados e independe se houve ou não intervenções durante o parto (um parto natural). Como comentou, o parto normal, muitas vezes, chega a ser desumano, com a mãe despreparada para ter esse tipo de parto e desassistida no momento da dor.

Baseando-me nas representações sociais dos entrevistados, percebo que é fato a afirmação da autora sobre as variadas interpretações do termo humanização. E que a humanização expressa em seus múltiplos sentidos, conforme afirma Diniz (2005, p. 628), “uma mudança na compreensão da assistência ao parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano” *[da mulher]*.

Considerações finais

Em um quartinho pequeno e branco, no final do Centro Obstétrico, estava uma mulher em trabalho de parto, deitada de pernas abertas e para cima numa maca, no soro e gritando de dores. Ao seu redor se encontrava uma equipe com dez pessoas: médicos-obstetras, médicos residentes, pediatra, enfermeiros, técnico e auxiliar em enfermagem e estagiários da área da saúde. Não havia ninguém da família ou algum acompanhante ao seu lado.

Outras mulheres também gritavam na hora, os gritos chegavam até a recepção do Centro Obstétrico. A dor dessa mulher parecia ser muito forte, pois ela gemia, gritava, chorava. Em alguns momentos mencionara: “Eu não aguento mais... Não vou dá conta... Tô muito preocupada, não consigo fazer força”. Provavelmente, ela só não gritava mais, porque as médicas logo a cortava falando: “Para de gritar mãezinha, a força não é na garganta é na barriga. É pra baixo”.

As contrações eram muito pequenas e ela não conseguia fazer força o suficiente para a criança nascer. O clima estava tenso. A pediatra e a médica-obstetra também se mostravam preocupadas com o bebê, ouviam o seu coraçãozinho toda hora e diziam que a mãe precisa fazer força para o bebê sair logo.

Um tempo depois, quando a médica obstetra viu que ela não conseguia mais fazer força para expulsar o bebê, pediu para chamar uma outra médica que tinha “força e ao mesmo tempo delicadeza” para auxiliá-la no parto. Essa médica chegou ao quarto, subiu em uma escadinha ao lado da maca, posicionando-se próximo à parturiente e colocou os seus braços em cima da barriga da parturiente. A cada nova contração, com a força do seu corpo, a médica fazia pressão sobre a barriga da mãe em direção à vagina para o bebê descer. A parturiente gritava ainda mais de dores e quando as contrações acabavam, suspirava de alívio. Um momento desesperador e agonizante.

Foi colocado um medicamento no soro para aumentar as contrações, provavelmente ocitocina. Logo após, a médica-obstetra pediu que trouxessem uma anestesia. Uma técnica em enfermagem chegou com a anestesia e a médica obstetra a aplicou na vagina para a realização da episiotomia.

Foram em torno de 15 contrações do momento que cheguei até a hora do nascimento. As cinco últimas foram as que mais demoraram e que facilitaram a saída do bebê, logo após a episiotomia, a medicação e a “força” dada pela médica para emburrar o bebê.

Em nenhum momento, pediram consentimento ou comunicaram a parturiente sobre o que se tratava as intervenções.

Nas primeiras ela fazia força, mas parava e o bebê voltava, as médicas recomendavam que ela segurasse o ar. Na antepenúltima a cabecinha do bebê começou a aparecer, na penúltima ela já estava para fora e, por fim, o bebê saiu e ouvimos o chorinho do bebê, essa foi a contração mais rápida. A mãe estava aliviada, mas ainda fora de si, era uma menina.

O médico e a pediatra logo pegaram o bebê e cortaram o cordão umbilical dela perto da mãe. Deixaram a criança em cima da mãe por uns 15 segundos para que ela a sentisse, mas logo a tiraram e foram limpá-la. A mãe continuou na cama para expulsar os restos placentários e a médica fazer os pontos (Diário de campo, 22 de maio de 2013).

Esse parto me proporcionou uma mistura de sentimentos, de desespero e de emoção, mesmo que pareçam contraditórios. Desespero devido ao sofrimento, às dores que aquela mulher parecia sentir, às intervenções que intensificaram ainda mais a dor e à repressão às emoções e aos gritos da parturiente. Esse conjunto deixava aquele momento, que deveria ser repleto de alegria e emoção, angustiante e violento.

Sentimento que só foi cessado ao ouvir o choro da criança. No entanto, a mãe ainda não demonstrava emoção ao ver seu filho, ela só respirava aliviada por ter finalmente acabado o parto. As pessoas que estavam ali ao redor também demonstravam alívio.

Esse foi o parto de Luiza que cheguei a mencionar durante este trabalho em outras passagens. Fui convidada a assisti-lo pela técnica em enfermagem Vanda, durante uma visita ao Centro Obstétrico do Hospital Regional da Ceilândia. Nunca tinha assistido um parto antes e prontamente, claro, aceitei o convite.

O parto, como vimos, não é um processo meramente fisiológico, é uma construção sociocultural. Anteriormente, um ritual feminino, com posição vertical da mulher, assistido por parteiras no domicílio que utilizavam apenas as mãos para manobras e diagnóstico, espiritualizado e enriquecido por práticas informais de cura, tornou-se um processo patológico, conduzido por médicos dentro de um hospital, com posição horizontal da mulher e passível de uma série de intervenções.

A construção do modelo de assistência à saúde no Brasil priorizou as práticas curativas, hospitalares e individuais. Como afirma Maia (2010, p. 29), esse desenho “estimula e reforça uma cultura que valoriza a doença, a especialização médica e as intervenções de alta tecnologia, em detrimento da promoção da saúde, da clínica médica básica e das ações de baixa tecnologia”. Isto posto, influenciou a constituição do modelo de assistência ao parto, “hospitalocêntrico” e medicalizado, e a incorporação de tecnologias de diagnóstico e de intervenções médicas durante o trabalho de parto e o parto, muitas vezes, desnecessárias e agressivas, como a cesariana.

A descrição do parto de Luiza ilustra como é a assistência ao parto e ao nascimento prestada à parturiente em um hospital público e, talvez, não difira tanto da do hospital particular. A protagonista do parto parece ser a médica com o apoio de uma série de técnicas interventivas (ocitocina, anestesia, episiotomia e manobra de Kristeller). Luiza estava presa numa maca, sem se movimentar e sendo submetida a intervenções que desconhece e dolorosas, impedida, assim, de participar ativamente do seu próprio parto.

As mulheres sempre foram e são atores fundamentais nesse processo da construção do parto, talvez, hoje, em muitos casos, com menos visibilidade. E, também, os profissionais de saúde, após ganharem terreno nesse cenário. Ambos participam, ao menos em tese, da tomada de decisão por um modelo de parto: parto natural (com o mínimo de intervenções), parto normal (dentro das rotinas hospitalares) ou cesariana.

Em minha pesquisa, as percepções das mulheres sobre os modelos de parto estão imbricadas à satisfação com o parto realizado e, quando primíparas, aos valores e representações socialmente construídos. A satisfação é um conceito complexo e no contexto do parto e do nascimento pode estar relacionada a vários fatores, tais como: os valores individuais e sociais, as percepções sobre o modelo de parto, as expectativas sobre o momento do parto e nascimento, as experiências adquiridas, a presença da dor, a relação estabelecida com os profissionais de saúde, a assistência recebida e os resultados neonatais, entre outros.

Já as percepções dos profissionais de saúde sobre os modelos de parto possuem uma ligação com a sua formação, o local onde prestam assistência e sua percepção acerca da humanização. A enfermeira obstétrica da Casa de Parto defende o parto natural, pois durante a sua residência em enfermagem assistiu partos indígenas totalmente naturais na região da Amazônia e, em sua visão, outras mulheres poderiam também parir dessa maneira, esse seria o parto humanizado – a mulher dominando a cena do parto. Enquanto, outros profissionais, com formação biomédica e que trabalham em hospitais, não julgam negativamente a atuação intervencionista do médico, por vezes, até quando desnecessárias; as intervenções parecem ser rotinas padronizadas. Vanda as considera como um dos requisitos para um parto humanizado. Emília concorda com Lúcia a respeito do conceito de parto humanizado, mas não condena as intervenções facilitadoras do processo de parto. Entretanto, Pedro acha que um parto humanizado independe do tipo de parto e está relacionado a questões mais amplas, como o direito de escolha da mulher sobre o parto e a preparação psicológica para esse momento.

Dessa forma, compreender o que tem levado a ascensão das taxas de cesariana no Brasil, além do uso rotineiro de procedimentos intervencionais, não é um processo simples. Ainda mais, quando se tem em vista a diversidade dos sujeitos envolvidos na cena do parto: mulheres com valores, histórias de vida, experiências com o parto, acesso a informação e ao sistema de saúde, e contextos sociais diferentes, bem como profissionais de saúde com trajetórias também diferentes, mais processos de formação na área biomédica.

O medo da dor; a falta de orientação no pré-natal sobre os tipos de parto e sobre os procedimentos intervencionais e, dessa forma, o despreparo da mulher para o parto; o receio quanto ao tratamento que receberão dos profissionais no momento do parto; a qualidade da assistência recebida; o desejo de controlar o momento do parto, de ter o parto com o médico de sua preferência e de obter a laqueadura são alguns dos motivos, vistos nesta monografia, para as mulheres desejarem ou recorrerem a uma cesariana e, quando não, a algum tipo de procedimento intervencionista para auxiliar no momento do parto.

A preferência e as suas razões variaram de mulher para mulher, principalmente, quando consideramos a classe social das mulheres entrevistadas. A maioria das mulheres de camadas médias possuía uma postura mais crítica em relação à cesárea, ou interpretam-na como uma cirurgia que agride à ela e ao bebê ou são adeptas a humanização, no sentido de ser um parto com o mínimo de intervenções. Já as mulheres de camadas populares e usuárias do hospital público do SUS desejavam a cesárea como uma fuga ao parto vaginal traumático, pelas dores, pelo excesso de intervenções (que intensificam ainda mais as dores) e pelo tratamento desumano dos profissionais de saúde; seria uma alternativa de parto mais seguro, mais digno. O parto natural não foi citado em nenhuma das falas das mulheres do parto do HRC como um parto ideal, devido ao sofrimento que pensam proporcionar à mulher, salvo a de Marina, mas essa o citou mais como uma forma de não ter que ser assistida pelos profissionais de saúde em um hospital.

Entretanto, o *status* socioeconômico não influencia somente a diferença de percepção e de desejo dessas mulheres pela cesárea, mas também a possibilidade da realização do parto que desejam. A assistência ao parto e nascimento, assim como a assistência à saúde, é prestada por um sistema constituído de instituições públicas e privadas, geralmente, as mulheres que buscam atendimento nas instituições públicas são aquelas de camadas populares e nas privadas as mulheres de camadas médias. No entanto, essas últimas conseguem ter duplo acesso ao sistema. No hospital público, segundo os profissionais de saúde aqui entrevistados,

é a indicação médica que determina o tipo de parto a ser realizado, por problemas maternos/fetais. Ou seja, a mulher não participa da tomada de decisão do tipo parto. Eis aqui, a principal desigualdade nas tramas dos modelos de parto: o direito de escolha. As mulheres de camadas médias quando desejam a cesárea podem realizá-la, custeá-la.

Este fato contribui para elevada taxa de cesáreas dos hospitais privados. Justificativas baseadas no pedido da mulher e na falta de dilatação do colo uterino sem a mulher entrar em trabalho de parto devem ser alvos de questionamento para a redução dessa taxa. Principalmente, quando se tem em vista a comodidade dos médicos em agendar as cesarianas e a falta de informação das mulheres sobre os benefícios e riscos de cada tipo de parto e dos procedimentos interventivos ou, ainda, a falta de perspectiva de uma alternativa segura e menos dolorosa de parto sem o auxílio de técnicas invasivas e farmacológicas.

Os relatos tanto dos profissionais de saúde como das mulheres, de ambas camadas sociais, apontaram essa questão da falta de informação sobre o momento do parto. Dessa forma, faz-se necessário resgatar a importância do pré-natal. O pré-natal deve ser o meio principal de proporcionar acesso à informação sobre a gestação, o processo de parto e nascimento bem como dos procedimentos interventivos e, assim auxiliar as mulheres a escolher por um tipo de parto conscientemente e exercer os seus direitos sociais, sexuais e reprodutivos. Ademais, pode incentivar o parto natural e o uso de tecnologias não invasivas por meio de palestras e trocas de experiências entre as gestantes, puérperas e profissionais de saúde. A escolha informada é um direito da mulher.

E independente do modelo de parto e da instituição de saúde (pública ou privada), percebe-se que as mulheres clamam pela humanização da assistência. Por informações relacionadas à gestação, trabalho de parto e parto (*pré-natal de qualidade e orientação durante o parto*); participação no processo decisório por um tipo de parto (*protagonismo da mulher*); liberdade de posição e de expressão (*se movimentar para além de uma cama e expressar seus sentimentos, emoções e gritar, se for preciso, sem repressão*); relações com profissionais de saúde pautadas no respeito e na solidariedade; maternidade segura (*tanto de riscos de infecções como do tratamento desumano dos profissionais*); acompanhante na hora do parto (*e estrutura física para isso*); assistência digna e de qualidade para se dar à luz a uma criança.

Os profissionais de saúde também exercem papel importante na busca pela humanização do parto, afinal são eles que prestam a assistência às mulheres durante o período gestacional e parto essa assistência é um dos fatores que contribuem para satisfação ou não com o parto das

mulheres, além do mais auxiliam ou sugerem a decisão final de qual tipo de parto será realizado. Entre esses deve haver a sensibilização sobre a importância desse momento para as mulheres, posto que, pode ser o mais especial e marcante de sua vida, bem como da importância do diálogo na relação gestante-profissional para amenizar seus medos e anseios.

Portanto, o enfrentamento da medicalização do parto pressupõe trabalhar com esses atores e nos fatores o conceito da humanização da assistência: a interpretação do parto como uma experiência humana e redefinição das relações humanas na assistência (Diniz, 2005, p. 628). Segundo Diniz, (2005, p. 635) as propostas de humanização ao parto e nascimento tanto no SUS como no setor privado devem produzir: “possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal”.

Diante disso, as políticas públicas são importantes nesse contexto. No sentido de buscar empoderar a mulher, promover uma assistência de qualidade, segura e humana e garantir o livre exercício de seus direitos. Assim como, de garantir que as intervenções realizadas sejam comprovadas como necessárias e benéficas à saúde da mulher e do bebê e, quando não, que alternativas menos invasivas de alívio da dor sejam oferecidas.

Em minha leitura e de acordo com as representações apresentadas nesta monografia, algumas estratégias podem ser interessantes para contribuir com a melhoria da assistência ao parto e ao nascimento e, talvez, até para contornar a ascensão das taxas de cesáreas. Tais como: a assistência ao parto normal e sem complicações por uma enfermeira-obstetra; incentivo as Casas de Parto; pré-natal e programas de planejamento familiar de qualidade e efetivos; uso de métodos não interventivos para alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento e de respiração; acompanhante na hora do parto; liberdade de posição, de expressão e movimentação durante o momento do parto; valorização do diálogo e das relações humanas na assistência.

A assistência ao parto e nascimento deve ter como protagonista principal a mulher, (participando da decisão do seu parto: como, em que posição, quem vai assisti-la e acompanhá-la e etc.) e a solidariedade e respeito com o parto e com a dor presente nesse momento pautando as condutas dos profissionais. Essa seria, também, uma forma de amenizar a marca desigual da assistência à saúde e oferecê-la de acordo com os pilares da: universalidade, igualdade e integralidade.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, Emanuel. “A arte da sedução: sexualidade feminina na Colônia”. In: DEL PRIORI Mary (org.); PINSKY, Carla Bassanezi. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Editora Contexto, 2010, p. 45-77.

ARAÚJO, Marivânia Conceição de. A teoria das representações sociais e a pesquisa antropológica. **Revista Hospitalidade**. São Paulo, ano V, n. 2, p. 988-119, jul. – dez., 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e infantil. **Portal da Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BRENES, Anayansi Correa. “História da Parturição no Brasil, Século XIX”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7 n.2, p. 135-149, 1991.

CANZONIERI, Ana Maria. **Metodologia da Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 1 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de parto e políticas de corpo: uma etnográfica de práticas femininas de parto humanizado**. 2011. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 2011.

CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.960-967, 2005.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios – Ceilândia – PDAD 2010/2011**, p. 14. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/PDAD/2011/PDAD%20Ceil%C3%A2ndia-2010-2011.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

DEL PRIORE, Mary. “Magia e Medicina na Colônia: o corpo feminino”. In: DEL PRIORE, Mary (org.); PINSKY, Carla Bassanezi. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Editora Contexto, 2010, p.78-114.

_____. “Mentalidades e práticas em torno do parto”. In: DEL PRIORE, Mary. **Ao Sul do corpo: condição feminina, maternidade, mentalidades no Brasil Colônia**. Brasília: Editora UnB, 1993, p. 254-293.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES; Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.12, p.2647-2655, 2006.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.3, p.627-637, 2005.

_____. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. 1996. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 1996. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 1996.

DOIS bebês têm alta de maternidade fechada do Distrito Federal. **Correio Braziliense**, Brasília, 14 abril 2013. Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2013/04/14/interna_cidadesdf,360366/dois-bebes-tem-alta-de-maternidade-fechada-no-distrito-federal.shtml>. Acesso em 10 de maio 2013.

FAUNDES, A; CECATTI, JG. A operação cesárea no Brasil: Incidência, tendência, causas, consequências e propostas de ação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.7, n.2, p.150-173, 1991.

GIL, Maria José. Dar sem (se) perder. – **Revista de Análise Psicológica**, Lisboa, v.3, n.16, p.393-404, 1998.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; RATTNER, Daphne; VENANCIO, Sonia Isoyama; BÓGUS, Cláudia Maria; MIRANDA, Marinês Martins. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.18, n.5, p.1303-1311, 2002.

LOPES, Rita de Cássia Sobreira; DONELLI, Tagma Schneider; LIMA, Carolina Mousquer; PICCININI, Cesar A.. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio Grande do Sul, vol.18, n.2, p. 247-254, 2005.

MAIA, Mônica Bara. Assistência à Saúde e ao Parto no Brasil. In:_____. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p.19-49.

MANDARINO, Natália Ribeiro et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.25, n.7, p. 1587-1596, 2009.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. S.; SILVA, L. R.. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. **Esc. Anna Nery**, vol.12, n.4, p.765-772, 2008.

MINAYO, MARIA Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.9,v.3, p.239-262, 1993.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; MIYA, Claudia Fumiko Rosas; VIDOTTO, Paula. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino-am Enfermagem**, v.10, n.5, p.667-674, 2002.

RATTNER, Daphner; NETO, Dácio de Lyra Rabello; LANSKY, Sonia; VILELA, Maria Ester de Albuquerque. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. In: Ministério da Saúde. **Brasil 2011: Uma análise da situação e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2012. p.373-397.

SANTOS, Luciano Marques dos; PEREIRA, Samantha Souza da Costa; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; SANTANA, Rosana Castelo Branco de; MELO, Mônica Cecília Pimentel de. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: Um estudo com desenhos. **Revista de Enfermagem UFSM**, v.1, n.2, p.225-237, 2011.

SOUZA, Marta Rovey. Parto: entre o desejo e a realização. Trabalho apresentado no **XII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, de 4 a 8 de novembro de 2002.

Anexo I-**- Questionário semi-estruturado para gestantes e puéperas**

1) Idade:

2) Grau de instrução:

- ☐ Sem escolaridade
- ☐ Ensino fundamental (1º grau) incompleto
- ☐ Ensino fundamental (1º grau) completo
- ☐ Nível médio (2º grau) incompleto
- ☐ Nível médio (2º grau) completo
- ☐ Nível superior incompleto
- ☐ Nível superior completo
- ☐ Mestrado ou doutorado

3) Profissão:

4) Religião:

5) Renda familiar mensal:

- ☐ Até 1 salário mínimo
- ☐ De 2 a 4 salários mínimos
- ☐ De 4 a 10 salários mínimos
- ☐ De 10 a 20 salários mínim
- ☐ Acima de 20 salários mínimos

6) Quantas pessoas são sustentadas com a renda familiar?

7) Possui outros filhos?

- ☐ Não. Esse é o meu primeiro filho.
- ☐ Sim. Quantos? Qual foi o tipo de parto anterior (cesárea ou normal)?
Em hospital público, privado ou casa de parto?

8) Realizou o pré-natal?

- ☐ Sim. Aonde foi realizado (rede pública ou privada)? Quais as informações recebidas quanto a uma gestação sem complicações, o parto natural e sobre a cesárea e procedimentos de intervenção? Se sente satisfeita com a assistência recebida?
- ☐ Não. Por que?

9) O que significa esse momento para você? Como foi saber que estava grávida? Foi uma gestação desejada/planejada?

10) Você deseja/desejava parto natural, normal ou cesárea? Quais são/eram as suas principais expectativas em relação ao momento do parto?

11) Em qual momento virou cesárea? Por que? Você sabe me dizer se sua idade foi fator determinante para a realização da cesariana?

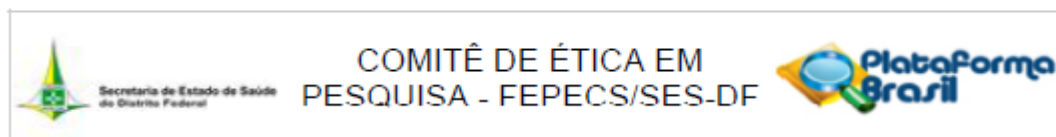
12) Você apresentava algum problema de saúde anterior a gestação ou surgiu algum problema durante a gestação (hipertensão, diabetes, infecção pelo HIV/AIDS, entre outras)?

- 13) Como você se sente em relação ao parto natural, parto normal e a cesárea?
- 14) Está satisfeita com a assistência prestada?
- 15) Você sabe o que é humanização do parto?
- 16) Deseja complementar a entrevista com outra informação?

- Questionário semi-estruturado para profissionais de saúde

- 1) Profissão:
- 2) Local onde trabalha:
- 3) Qual o significado do momento do parto para você?
- 4) Você presta mais assistência ao parto natural/normal ou a cesárea? São realizados muitos partos cesáreos no local onde trabalha?
() Sim. Qual a média?
() Não
- 5) Qual a sua percepção sobre os modelos de parto?
- 6) As mulheres preferem parto natural/normal ou pedem a cesárea?
- 7) Quais poderiam ser os motivos para a ascensão de cesariana?
- 8) O que é a cesárea? Quais as suas consequências?
- 9) Você considera a cesárea mais segura ou melhor que um parto vaginal? Por que?
- 10) O que é uma gestação de alto risco? E uma gestação de baixo risco?
- 11) Ocorrem cesarianas sem necessidade médica justificada? Por quais razões?
- 12) O que você sabe sobre a filosofia da humanização?
- 13) As mulheres estão satisfeitas com a assistência prestada?

Anexo II – Parecer do Comitê de Ética da FEPECS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cesárea no Hospital Regional de Ceilândia (HRC): razões para sua realização na perspectiva das mulheres e dos profissionais de saúde

Pesquisador: Rosamaria Cameiro

Área Temática:

Versão: 7

CAAE: 12676813.0.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2/0.4/6

Data da Relatoria: 13/05/2013

Apresentação do Projeto:

Para alguns autores como Faúndes e Cecatti (1991, p.155-159), são diversos os fatores e os atores que influenciam a escolha do tipo de parto: a opção da gestante, a conveniência e a segurança do obstetra, a indicação médica e as condições da instituição, entre outras. A dor durante o trabalho de parto, por exemplo, é uma das principais preocupações da gestante e motivo para que recorra à tecnologia médica para alívio do sofrimento e a cesárea como método mais rápido e indolor.

Apesar de seu papel fundamental no processo de parturição, muitas vezes as gestantes não vêm desempenhando autonomia na escolha pela via de nascimento, ficando essa decisão a cargo dos profissionais de saúde, o que faz com o que os seus sentimentos e satisfação no cuidado não seja considerados. Entretanto, as mulheres deveriam ser informadas sobre o tipo de assistência que deve ser prestada, a respeito das políticas de humanização do parto e de seus direitos sexuais e reprodutivos para poderem exercer sua participação no processo decisório.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Mapear e problematizar os fatores sociais determinantes na tomada de decisão pela cesárea, considerando as perspectivas das mulheres, entre 18 e 38 anos, em pós-parto e dos profissionais.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

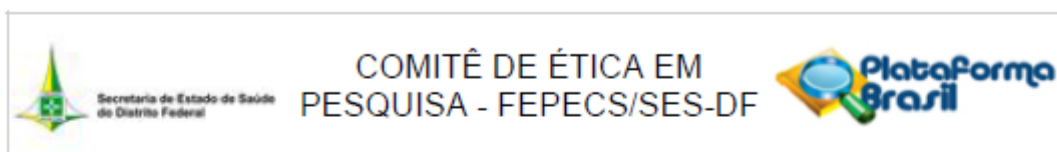
UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesedf@saude.df.gov.br



Continuação do Parecer: 270.476

Objetivo Secundário:

- Realizar levantamento bibliográfico sobre o processo histórico de medicalização do parto e, mais recentemente, das propostas do movimento da humanização do parto e do nascimento; - Descrever a tendência de cesáreas no HRC nos últimos 6 meses, tomando por base registros do hospital;
- Mapear a percepção dos profissionais de saúde e das mulheres, entre 18 e 38 anos, no imediato pós-parto sobre a cesárea praticada e sobre o conhecimento da ideologia e prática da humanização da assistência ao parto;
- Problematizar a participação da mãe no processo de decisão pelo tipo de parto e na cesárea, considerando a escolha informada e a avaliação que tem do atendimento recebido; - Sinalizar para as ações e práticas desenvolvidas no processo de nascimento que tendem a dificultar a implementação da humanização e a prática de um parto natural (vaginal) e, dessa forma, refletir sobre a relação social estabelecida entre as mulheres e os profissionais de saúde.

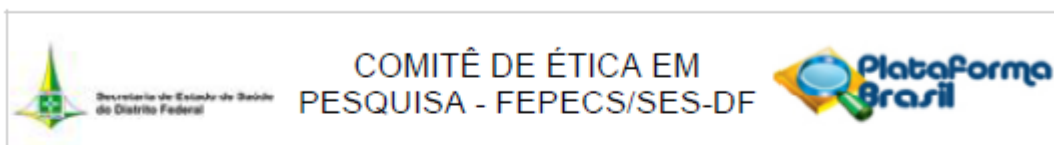
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os objetivos do estudo estão claramente definidos. Os sujeitos foram adequadamente identificados. A beneficência para os usuários está clara. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo tem como proposta metodológica a pesquisa qualitativa, com a utilização de entrevistas e observação participante do cotidiano do Alojamento Conjunto da maternidade do Hospital Regional da Ceilândia (HRC). Dessa forma, a amostra será constituída por 50 sujeitos, sendo 15 profissionais de saúde que prestam assistência direta ao parto e 35 puérperas encontradas no Alojamento Conjunto da Maternidade do HRC, que tenham passado por uma cesárea entre os meses de março a junho de 2013. Na descrição da tendência da taxa de cesarianas no HRC, será feita uma consulta aos censos hospitalares e durante as entrevistas será aplicado um questionário semi-estruturado, tanto para os profissionais de saúde quanto para as puérperas, onde o pesquisador fará as perguntas de forma clara e objetiva e anotar as respostas. Todavia, as questões não estarão limitadas a esse instrumento, na medida em que será feita a observação do cotidiano do hospital e em que outras questões importantes e pertinentes poderão advir da interação entre pesquisadora e entrevistada. O questionário destinado aos profissionais de saúde abordará questões referentes a realização de cesárea no hospital, sua percepção sobre a mesma e sobre a filosofia de humanização do parto e

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesedf@saude.df.gov.br



Continuação do Parecer: 270.476

do nascimento; enquanto as perguntas voltadas às mães visarão, primeiro, a sua caracterização social e econômica (idade, grau de instrução, profissão, renda familiar, histórico gestacional) e, em seguida, conhecer percepções sociais, sentimento e sensações relacionados a gravidez, à cesárea vivida e ao ideário da humanização, bem como, por último, mapear a avaliação da assistência prestada (anexo A). Por ser o parto e o nascimento um processo familiar e íntimo, a pesquisa de campo deve conduzida de forma a estabelecer uma relação pautada pelo diálogo e pela confiança com as mulheres para, assim, adentrar em sua vida social e cultural. Assim, antes de cada entrevista, será feita uma abordagem individual aos participantes informando os objetivos da pesquisa e o convite a participar do presente projeto, sendo devidamente assinado um termo de consentimento informado e esclarecido e, então, assegurado aos participantes a confidencialidade dos dados individuais (anexo B). Ressaltamos que o número de informantes de pesquisa, mais restrito (35 mulheres), deve-se, primeiro, ao fato de ser uma pesquisa de cunho qualitativo e, portanto, que busca mapear representações sociais, o que justifica um recorte menor, quando comparado as pesquisas quantitativas. Em segundo lugar, dado o caráter da pesquisa, uma monografia de graduação, e breve tempo para a pesquisa de campo acredita-se ser suficiente a amostra para os propósitos almejados. E em terceiro lugar, a amostra é menor em razão de abordar mulheres que tenham vivido uma cesárea, que, como se sabe, é exceção nos hospitais públicos, como é o HRC, nos quais prevalecem os partos naturais. Essas seriam, portanto, as justificativas para um amostra de 50 sujeitos de pesquisa e para uma pesquisa qualitativa com foco em Ciências Sociais e Saúde Pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No tópico que se refere aos riscos, retirar a frase: Em nossa leitura, não há riscos diretos previstos para nenhum dos informantes da presente pesquisa e nem mesmo para a equipe pesquisadora. Os sujeitos de pesquisa têm o direito de recusar participar da mesma e/ou de responder alguma das questões suscitadas pela pesquisadora. Pois toda pesquisa com seres humanos, segundo a CNS 196/96, apresenta riscos, sejam eles psicológicos, emocionais, etc.

Recomendações:

*Pendência acima citada corrigida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

*Pendência atendida.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepesedf@saude.df.gov.br



Continuação do Parecer: 270.476

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 13 de Maio de 2013

Assinador por:
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br